

Patientsäkerhet 

Patientsäkerhetsberättelse för Region Norrbotten 2021



Datum: 2022-01-31

Upprättad av: Birgitta Boqvist

Ansvarig: Pia Näsvall, Hälso- och sjukvårdsdirektör

Diarienummer: 0068-2022

Inledning

Patientsäkerhetsberättelsen är en sammanställning av Region Norrbottens systematiska patientsäkerhetsarbete för 2021 och är ett lagkrav enligt Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659). Underlag för Region Norrbottens övergripande patientsäkerhetsberättelse är divisionernas redogörelser och inhämtade beskrivningar från områdesansvariga. Regionens patientsäkerhetsberättelse redovisar strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten. Patientsäkerhetsberättelsen utgår från föreskriften om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) och Socialstyrelsens handlingsplan för patientsäkerhet (2020). Den inkluderar även informationssäkerhet och strålsäkerhet. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa:

Socialstyrelsen ”Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024”

Mallen är framtagen inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen, på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet.

Innehåll

SAMMANFATTNING	6
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	7
Engagerad ledning och tydlig styrning	7
Övergripande mål och strategier	7
Strategiskt mål.....	7
Mål 2021.....	7
Regionens patientsäkerhetsplan.....	8
Organisation och ansvar.....	8
Stödfunktioner	9
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	10
Samverkan för att förebygga vårdskador och smittspridning under Covid-19.....	10
Handläggningsöverenskommelser	10
En samordnad vård utifrån individens behov	10
Medicinteknik och vårdverksamheten.....	12
Samverkans forum	13
Exempel från verksamheterna	13
Informationssäkerhet.....	13
Strålskydd	15
En god säkerhetskultur.....	15
Säkerhetskulturmätning.....	15
Högsta ledningens stöd	15
Uppföljning av åtgärdsplan vid anmälan lex Maria.....	15
Säkerhetskultur i det dagliga arbetet.....	16
Adekvat kunskap och kompetens	16
Yrkeskompetens och bemanning	17
Extraordinära bemanningsinsatser under 2021.....	18
Utbildningsinsatser.....	18
Risker och åtgärder	18
Arbete för att skapa systemförståelse och kunskap om förbättrings- och implementeringsarbete.....	18
Patienten som medskapare	18
E-tjänster	19
Egen provhantering.....	20

Webbtidbok.....	20
Journal via nätet.....	21
Nationella patientenkäten	21
Lokala Programområden/Lokala arbetsgrupper.....	22
Exempel från verksamheterna på patient-/närståendemedverkan och delaktighet..	22
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	23
Öka kunskap om inträffade vårdskador	24
Utredning allvarlig händelse som har medfört eller hade kunna medföra vårdskada	24
Trycksår	25
Vårdrelaterade infektioner	26
Fallskador	27
Följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler (BHK).....	28
Månadsmätningar av följsamhet till basala hygien- och klädregler	28
Suicid	29
Tillförlitliga och säkra system och processer	30
Ledningssystemet för systematiskt patientsäkerhetsarbetet.....	30
Avvikelsehanteringsprocessen	31
Klagomålsprocessen.....	31
Utredning av allvarliga händelser i samband med lex Maria.....	32
Antibiotikaförskrivningen.....	32
Läkemedelshantering	33
Säker vård här och nu.....	34
Vårdprevention	34
Suicidbedömning.....	35
Läkemedelsförsörjning.....	36
Vaccindistribution Covid-19	36
Riskhantering.....	37
Verktyg för riskhantering	37
Inrapporterade risker i avvikelsehanteringsystemet	37
Riskanalys	38
Identifiera legitimerade yrkesutövare som utgör en risk för patientsäkerheten.....	39
Samlad analys riskhantering	39
Stärka analys, lärande och utveckling.....	39
Markörbaserad journalgranskning slutet somatisk vård	39
Markörbaserad journalgranskning öppen och slutet psykiatrisk vård.....	40
Journalgranskning Covid-19 vårdtillfällen	40

Internkontroll av det systematiska patientsäkerhetsarbetet	41
Lex Maria	41
Tillsynsärenden.....	42
Nationella kvalitetsregister	42
Löf-ärenden	42
Avvikelse	43
Exempel från verksamheten på hur man arbetar med avvikelser.....	44
Klagomål och synpunkter	45
Klagomål inkomna till Patientnämnden	46
Öka riskmedvetenhet och beredskap	47
Läkemedelsgenomgång för äldre och läkemedelsstöd.....	47
Läkemedelberättelse.....	48
Patientsäkerhetsrisker för patienter som vårdas på akutmottagningen i väntan på en vårdplats.....	49
Patientsäkerhetsrisker inom primärvården	49
Risker i den medicinska vården av äldre med Covid-19 på särskilda boenden	49
Träning/simuleringen för att öka beredskapen	50
IT/MT	50
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	50
Utmaningar.....	50
Mål och strategier 2022	51
Mål i handlingsplan för patientsäkerhets	51
Planerade aktiviteter 2022	51
Bilagor.....	53
Referenser	53

SAMMANFATTNING

Genomgående beskrivs i divisionernas och verksamheternas sammanställningar att det strategiska och systematiska patientsäkerhetsarbetet i Region Norrbotten under 2021 har påverkats av den rådande Corona-pandemin och av den pågående omställningen i organisationen. Sammanslagningar av verksamheter och att konstituera nya strukturer har varit i fokus. Inriktningen strategiskt har varit att bygga upp och stödja befintliga processer och upprätthålla skyldigheter utifrån lagar och förförskrifter. Egenkontroller, uppföljningar, utbildningar, utredningar av allvarliga händelser och spridande av lärande är exempel på aktiviteter som påverkats. Trots begränsade förutsättningar har ändå patientsäkerhetsarbetet varit högt prioriterat i verksamheterna.

Vårdskadorna har ökat något men antalet allvarligare vårdskador har minskat. Vårdrelaterade infektioner är det största vårdskadeområdet, följt av trycksår. Det ses även en ökning av trycksår i de nationella mätningarna. Höstens resultat visade att 21,5 procent av de inläggande patienterna hade trycksår.

Antalet lex Maria ärenden är färre 2021 jämfört med tidigare år. En bidragande orsak är långa utredningstider till följd av brist på analysledare. Vanligaste orsaken till Lex Maria-anmälan är allvarlig fallhändelse följt av självmord. Antalet allvarliga fallhändelser har ökat och antalet självmord har minskat under 2021.

Av de klagomål som inkommit direkt till vården och till patientnämnden dominerar synpunkter på vårdens hantering av covid-19, t ex vad gäller vaccination, provtagning och information. Klagomålen och synpunkterna har varit värdefulla och förbättringar och åtgärder har vidtagits med utgångspunkt från inkomna klagomål och synpunkter, exempelvis vid utformande av information på webb-sidor.

Patientsäkerhetsarbetet för 2022 kommer att inrikta sig på att fortsätta det påbörjade arbetet med att höja följsamheten till basala hygien- och klädföreskrifter och att i högre grad förebygga fallskador hos inläggande patienter. Insatser behöver vidtas för att minska andelen trycksår. Regionen kommer även att fokusera på att höja kompetensen inom patientsäkerhet hos chefer och ledare, och införa Socialstyrelsens nationella e-utbildning "Säker vård". Vidare kommer arbete med arbetssätt och struktur för utredningar av allvarliga händelser i vården att vara prioriterat för att förbättra utredningstider och utredningskvalitet. Med utgångspunkt från den nya handboken för utredning av allvarliga vårdskador kommer rutiner och arbetssätt att ses över och anpassas.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador.

För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Engagerad ledning och tydlig styrning

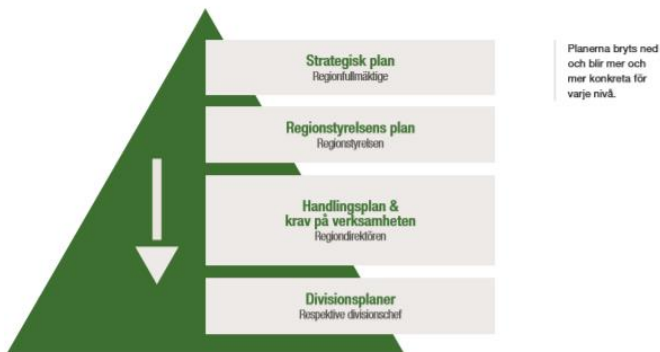
En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.



Övergripande mål och strategier

PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3 §

De övergripande patientsäkerhetsmålen och strategierna har sin utgångspunkt i regionfullmäktiges strategiska plan som via regionstyrelsens mål mynnar ut i Patientsäkerhetsplanen och handlingsplaner som sedan ligger till grund för respektive divisions- och verksamhetsplaner.



Strategiskt mål

Det strategiska målet 2021 är en god, nära och samordnad vård genom;

- Förflyttning mot öppna vårdformer.
- Ett personcentrerat förhållningssätt där patienten är en aktiv och självklar partner.
- En samordnad vård utifrån individens behov.
- Verksamheterna använder bästa tillgängliga kunskap
- En hållbar verksamhet med hög säkerhet.

Mål 2021

- Andelen vårdskador, slutet somatisk vård under 6,5 procent.
- Vårdrelaterade infektioner (VRI) under eller lika med 3,0 procent.
- Följsamheten till basala hygien- och klädrutiner (BHK) 100 procent.
- Trycksår högst 10 procent.
- Vårdrelaterade fallskador hos äldre ska minska med 50 procent jämfört med 2020.
- Suicid bland de som sökt vård ska vara under sju stycken.
- 270 antibiotikarecept per tusen invånare och år.
- 70 procent av utskrivna patienter i målgruppen 75 år och äldre med mer än 5 läkemedel ska ha fått en läkemedelsberättelse.

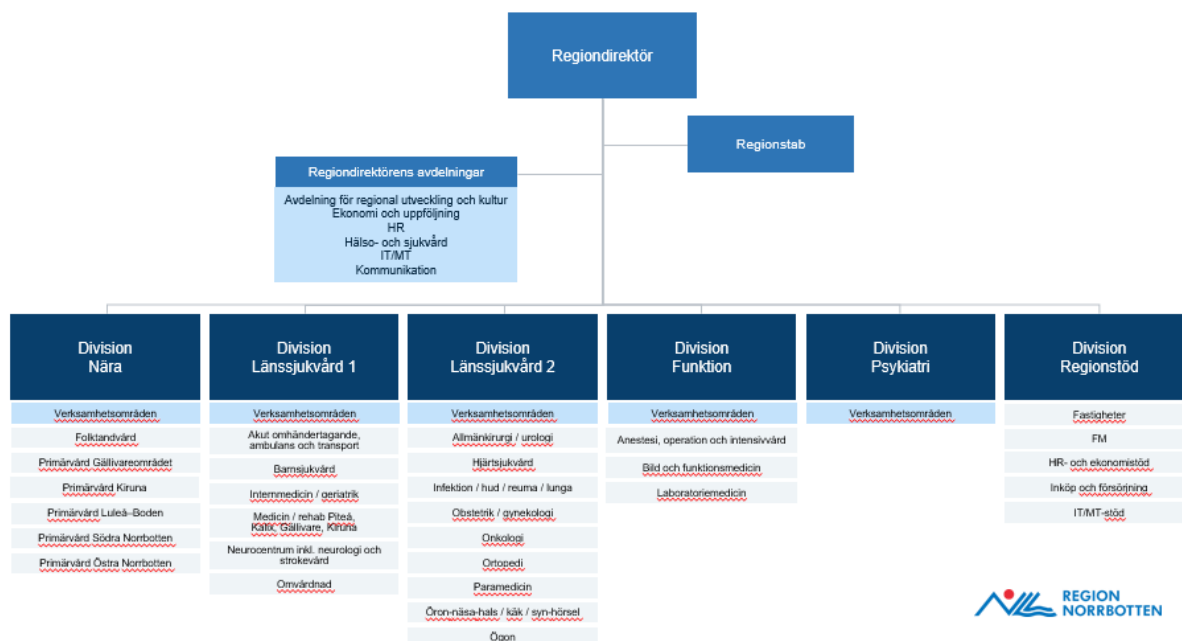
Regionens patientsäkerhetsplan

I regionens patientsäkerhetsplan är målet att successivt minska antalet vårdskador för att kunna erbjuda patienten en god, jämlik, kunskapsstyrd och säker vård så att ingen patient drabbas av en undvikbar vårdskada. Att gå från frånvaro av skada till närvaro av säkerhet.

Organisation och ansvar

PSL 2010:659, 3 kap. 1 § och 9 §, SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 § p 1

Under 2021 påbörjades en omfattande organisationsförändring som beräknas vara färdig december 2022.



Den nya organisationsstrukturen i Regiondirektörens stab består av sex divisioner och en regionstab. Varje division leds av en Avdelningsdirektör förutom Hälso- och sjukvårdsavdelningen som leds av en Hälso- och sjukvårdsdirektör. Region Norrbotten är vårdgivare i lagens mening och har det övergripande ansvaret för att leda, planera och följa upp patientsäkerhet samt ansvarar för att ett ledningssystem finns.

Regionens hälso-, sjuk-, och tandvård samt den egna servicen är organiserad i sex länstäckande divisioner. Varje division har en divisionschef och en stab. Regionens chefer på olika nivåer har ett ansvar för patientsäkerheten, verksamhet, personal och ekonomi och dess resultat. I Division Nära ingår primärvård och folkhälsovård.

Regiondirektören fastställer Patientsäkerhetsplanen för Region Norrbotten och ansvarar för att det finns ett ledningssystem för systematiskt patientsäkerhetsarbete som ska användas och anpassas för att fortlöpande planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra patientsäkerheten.

Kunskapsstyrningsrådet fastställer mål och mått på regionnivå samt den handlingsplan med åtgärder som utgår från Patientsäkerhetsplanen. Kunskapsstyrningsrådet ansvarar också för att det finns en uppföljningsprocess med koppling till Patientsäkerhetsplanen på regionnivå, divisionsnivå och verksamhetsnivå.

Verksamhetschefen ansvarar för det systematiska patientsäkerhetsarbetet i den egna verksamheten/verksamhetsområdet samt att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god

vård. Verksamhetschefen ansvarar också för att uppföljning, rapportering och att egenkontroll sker i befintligt ledningsstruktur.

Medarbetarna ansvarar för att rapportera händelser, tillbud och risker samt för att delta aktivt i det systematiska patientsäkerhetsarbetet. All hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar också för att utföra sitt arbete på ett sätt som är säkert för patienterna. Arbetet ska utföras så att det stämmer med vetenskap och beprövad erfarenhet för att patienterna ska få en sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård.

Stödfunktioner

Patientsäkerhet: I regiondirektörens Hälso- och sjukvårdsavdelningen, finns Chefläkare med lex Maria-ansvar, strateg patientsäkerhet, utvecklingsledare och administrativt stöd till chefläkarna. Funktionsområdet Patientsäkerhet är organiserat på enheten för Vårdsäkerhet, en av tre enheter under Hälso- och sjukvårdsavdelningen. Chefläkaren ansvarar för anmälningar och utredningar kopplade till lex Maria, att delta i att sprida lärande och utgöra stöd för verksamheterna i patientsäkerhetsarbetet. Strateg patientsäkerhet har det övergripande samordnande ansvaret för patientsäkerhetsarbetet, ledningssystemet samt för att tillsammans med övriga i gruppen planera, leda samt följa upp det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Region Norrbotten har under hösten 2021 också valt att anställa en regionchefläkare, vilket är en ny befattning med bland annat övergripande samordningsansvar för det systematiska patientsäkerhetsarbetet i regionen, och kopplingen mellan det arbetet, verksamheterna och regionledningen.

Vårdhygien: Vårdhygien är sedan 2021 organiserade på enheten för Vårdsäkerhet i Hälso- och sjukvårdsavdelningen med ansvar att stödja vårdgivaren i det vårdhygieniska arbetet genom att arbeta strategisk och operativt med att förebygga uppkomst och spridning av smitta och vårdrelaterade infektioner. Vidare ingår ansvar för utbildning och egenkontroll av vårdhygienisk standard enligt gällande lagar och föreskrifter.

Patientnämnden i Norrbotten är organiserade i Regiondirektörens stab. Patientnämnden har till uppgift att på lämpligt sätt hjälpa patienter att föra fram och få svar på klagomål från hälso- och sjukvården. Region Norrbottens patientnämnd har även samverkansavtal med länets kommuners. Patientnämnden utgörs av sju ledamöter.

Lokal Samverkansgrupp (LSG) för Patientsäkerhet ersätter sedan mars 2020 regionens Patientsäkerhetsråd. LSG Patientsäkerhet är en del av kunskapsstyrningen i hälso- och sjukvården och representerar den lokala nivån i kunskapsstyrningsorganisationen. Utgångspunkten är att bästa möjliga kunskap ska vara tillgänglig i varje möte mellan patient och vårdpersonal. Systemet ska stödja ett kontinuerligt och gemensamt lärande samt utveckling såväl inom regionen, som sjukvårdsregionalt och nationellt. Samverkansgruppens uppdrag är att samordna och stödja regionens arbete med patientsäkerhet, att ansvarar för att följa upp handlingsplanen för patientsäkerhet samt rapportera och återkoppla till Kunskapsstyrningsrådet. Vidare också aktivt följa den pågående utvecklingen inom hälso- och sjukvården, att bevaka och driva utvecklingen inom patientsäkerhetsfrågor, samt att samverka med andra grupperingar relevanta för området. LSG Patientsäkerhet ansvarar också för att sprida lärande och höja kunskapen inom relevanta patientsäkerhetsområden.

Samverkansgruppen består av representanter från regionens divisioner samt representanter för patientsäkerhet, vårdhygien, patientnämnd, läkemedel, IT/MT, smittskydd, företrädare för förvaltning av IT-stödet för avvikelshantering och kommunen.

Övriga samarbetspartners med nära samarbete med LSG Patientsäkerhet är;

- Regionens lokala Stramagrupp
- Invånartjänster
- Lokala programområden (LPO) och lokala arbetsgrupp (inom ramen för kunskapsstyrning)
- Etiska rådet
- Informationssäkerhet
- Vårdadministrativa system, (VAS)/Hälsoinformatik
- Allmän säkerhet

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS 2011:9 4 kap. 6 § och 7 kap. 2 § p 3

Samverkan för att förebygga vårdskador och smittspridning under Covid-19

I kristider ökar behovet av samverkan och samordning jämfört med i normalläge.

Under Covid-19-pandemin har Region Norrbotten under långa perioder befunnit sig i förhöjt beredskapsläge för att snabbt kunna vidta effektiva åtgärder och kommunikationsinsatser för att minimera smittspridningen både i befolkningen och i alla vård- och omsorgsverksamheter. I både den regionala och i lokala krisledningar bedrivs under dessa perioder utökad samverkan på flera nivåer och med flera olika aktörer. Smittskyddsenheten har en framträdande roll vad gäller samverkan med olika samhällsaktörer för att minimera smittspridning och skapa så effektiva smittskyddande åtgärder som möjligt för hela befolkningen. Regionen och länets kommuner bedriver också tät samverkan med varandra för att säkra tydlig ansvarsfördelning och god kommunikation vad gäller patientsäkra och smittfria vårdövergångar.

Under pandemin har efterfrågan på vårdhygienisk kompetens ökat markant, och vårdhygien har bedrivit ett febrilt samverkansarbete med flera aktörer, inte minst regionens verksamheter och länets 14 kommuner.

Vårdhygien har ur ett vårdhygieniskt perspektiv även samverkat med aktörer för drift och fastigheter för att ta fram rekommendationer för att säkra Covid-flöden på sjukhus, akutmottagningar, provtagningsstationer, vaccinationsmottagningar, med mera.

Handläggningsöverenskommelser

Handlingsöverenskommelse (HÖK) är en överenskommelse inom Region Norrbotten, mellan en eller flera enheter, till exempel mellan primärvården och specialistvården. Det kan också vara med andra aktörer som kommun, skola, polismyndighet och liknande. HÖK beskriver övergripande vem som gör vad inom ett definierat medicinskt område, exempelvis diabetes eller psykisk ohälsa hos barn och unga. Vid delat ansvar definierar HÖK även ansvarsfördelning för respektive enhet/klinik/division/myndighet.

Åtgärder: Det pågår ett arbete med att utmönstra HÖK för att i stället skapa en motsvarighet genom lokala tillägg, bland annat avseende ansvarsfördelning och lokala remissrutiner, i Nationellt kliniskt kunskapsstöd (NKK). NKK är regionernas gemensamma infrastruktur för att ta fram, kvalitetssäkra, lagra och distribuera kunskapsinnehåll, vilket syftar till att det ska vara lätt att göra rätt och att minska skillnader inom hälso- och sjukvården.

En samordnad vård utifrån individens behov

Mål: Att patienter i behov av insatser från flera vård- och omsorgsaktörer får en samordnad vård utifrån individens behov. Insatser är koordinerade och tydligt beskrivna för patienten. Övergångar mellan olika vårdnivåer och aktörer sker i samförstånd och utan fördröjning. Vården har en hög

kontinuitet. Verksamheten utgår från ett helhetsperspektiv på patientens väg genom vården och motverkar onödiga hinder i vårdprocessen. Medborgarna känner trygghet i tillgången till vård och hälsofrämjande stöd genom livets alla stadier.

Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp

Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp syftar till att öka jämlikheten, effektiviteten och kvaliteten inom hälso- och sjukvården för en rad olika sjukdomar. Sedan 2020 pågår en nationell satsning för att införa personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp i Sveriges alla regioner. Vidare är syftet med dessa vårdförlopp att patienter ska uppleva en mer välorganiserad och helhetsorienterad process utan onödig väntetid i samband med utredning och behandling exempelvis genom användande av patientkontrakt. Vårdförloppen ska även kunna omfatta en större del av vårdkedjan, inklusive tidig upptäckt, utredning, behandling, uppföljning och rehabilitering

Patientkontrakt

Med patientkontrakt avses en gemensam överenskommelse mellan patient och vårdgivare som består av tre delar. Fast kontakt med vården, sammanhållen planering och överenskommen tid. Detta ska i framtiden bland annat kunna visualiseras digitalt via 1177, vårdguiden. Patientkontrakt ska införas för att bidra till en bättre och mer personcentrerad samordning i vården och ska utgöra ett stöd för patienten, närstående och vårdens medarbetare.

Åtgärder: En handlingsplan för patientkontrakt och kontinuitet har tagits fram under 2021. En anvisning för patientkontrakt planeras att tas fram i samverkan mellan regionen och länets kommuner för att göra patientkontrakt med dess innehåll mera känt i verksamheterna.

Fast vårdkontakt

En fast vårdkontakt är inte bunden till särskild yrkeskategori utan kan vara en läkare, sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, kurator, psykolog, undersköterska eller mentalskötare. Undantag görs för personer med livshotande tillstånd, enligt SOSFS 2011:7, där den fasta vårdkontakten alltid är en läkare.

Åtgärder: En anvisning avseende fast vårdkontakt är framtagen tillsammans med länets kommuner. Den fasta vårdkontakten ska tillgodose patientens trygghet, säkerhet och kontinuitet men även samordning i vården. Anvisningens syfte är att tydliggöra uppdrag och ansvarsfördelningen internt inom regionen, men även mellan Region Norrbotten och länets kommuner. Fast vårdkontakt dokumenteras i journal- eller verksamhetssystem samt för enskilda som har behov av samordnad individuell planering även i IT-stödet för samordnad planering. Förvaltningen för samordnad planering har under året hållit gemensamma utbildningar med regionen och kommunerna kring vad uppdraget om fast vårdkontakt innebär samt hur fast vårdkontakt ska dokumenteras i de olika vårdsystemen.

Fast läkarkontakt

I och med omställningen till en god och nära vård skärps kraven på kontinuitet i vården genom att fast läkarkontakt införs i primärvården. I överenskommelsen mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) är målet för 2022 att andelen i befolkningen som har en namngiven fast läkarkontakt i primärvård ska vara minst 55 procent.

Fast läkarkontakt och fast vårdkontakt har många likheter. Syftet med båda funktionerna är att skapa trygghet och kontinuitet. Båda har ett samordningsansvar för patienten. Det finns dock vissa tydliga skillnader. Fast läkarkontakt kan endast utses i primärvården till skillnad mot fast vårdkontakt som kan utses i all hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Resultat: Under 2021 hade 78 procent av patienterna som har fått en samordnad individuell plan och en upprättad fast vårdkontakt (under perioden december 2020 till och med november 2020),

vilket är fyra procentenheter mer än 2020. Följsamheten har ökade marginellt från 1,82 procent för 2019 till 1,94 procent för 2020. Dock har den minskat något från 1,94 procent för 2020 till 1,82 procent för 2021.

Åtgärder: Under 2021 inleddes arbetet med att utveckla och förbättra funktionen för registrering av fast vårdkontakt och fast läkarkontakt i journalsystemet VAS, funktionen beräknas driftsättas under 2022. Under 2022 kommer anvisningen för fast vårdkontakt att kompletteras med beskrivning av fast läkarkontakt.

Uppföljning: Region Norrbotten följer varje tertiäl andelen patienter som har en fast vårdkontakt registrerat i journalsystemet.

Förvaltningen för samordnad planering följer varje tertiäl om den enskilde har minst en utsedd fast vårdkontakt i samband med upprättande av samordnad individuell plan.

Samordning vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård.

Patienterna med samordningsbehov vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård ska få med sig en gemensam patientinformation från inblandade aktörer. Den gemensamma patientinformationen upprättas av aktörerna i IT-stödet för samordnad planering och slutenvården ska delge patienten den skriftliga informationen i samband med utskrivning. Patienten ska få information om bland annat befintliga planer för vård och omsorg efter utskrivningen och har införts i syfte att säkerställa att det finns ett mottagande förberett när patienten skrivs ut samt för att minska risken för onödiga återinskrivningar i slutet vård.

Åtgärder: Drygt 700 medarbetare från Region Norrbotten och länets kommuner har under året fått utbildning i samordning vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård.

Mer än 460 medarbetare har fått utbildning kring personcentrerat möte och dokumentation samt samordnad individuell planering för att öka patientdelaktigheten. Dokumentationsstöd har tagits fram för en personcentrerade dokumentation av den samordnade individuella planen.

Samordnad individuell planering

Förvaltningen för samordnad planering är en gemensam förvaltning för Region Norrbotten och länets kommuner. Förvaltningens uppdrag är att stödja verksamheterna för att normalisera av processerna i den dagliga vård- och omsorgsverksamheten avseende samordnad planering. I samordnad planering ingår processerna kring samordnad individuell plan, samordnad vårdplan och samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård. Förvaltningen ska även stödja och underlätta samverkan mellan regionen och länets kommuner avseende samordnad planering samt förvalta det gemensamma IT-stödet som används för informationsöverföring.

Resultat: Under 2021 har 1617 patienter fått en samordnad individuell plan upprättat vilket är i samma nivå som under 2020. Den enskildes delaktighet vid upprättande av samordnad individuell plan har uppgått till 78 procent av fallen vilket är 6 procentenheter mer än 2020.

Det har hållits 3391 möten för att upprätta eller följa upp en samordnad individuell plan vilket är en ökning med 13 procent jämfört med 2020. Den enskildes deltagande i mötet ligger på 78,2 procent vilket är en ökning med 4 procentenheter från 2020.

Medicinteknik och vårdverksamheten

Medicinteknik och vårdverksamheter tecknar särskilda överenskommelser i enlighet med ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som dokumenteras i kvalitetshandbok för medicintekniska produkter. Dessa överenskommelser omfattar rutiner för samarbete mellan vårdverksamheten och service-verksamheter så att en god patientsäkerhet kan upprätthållas vid användning och hantering av medicintekniska produkter. I detta ingår bland annat att genomföra systematiska teknikronder och ”registrera/utreda/följa upp” avvikelser.

Samverkans forum

- Nationell samverkansgrupp (NSG) för patientsäkerhet.
- Norra Sjukvårdregionala samverkansgruppen (RSG) för patientsäkerhet.
- Regionens Etiska rådet - Samverkan i etiska frågor.
- Samverkansberedningen för hälso- och sjukvård, omsorg och skola (POLSAM).
- Norrlandstingens regionförbund (NRF) – förbundsdirektion.
- Samverkansgrupper kopplade till NRF: Regionala läkemedelsrådet.

Exempel från verksamheterna

Division Länssjukvård 1: För att förbättra kommunikationen mellan specialistvård, primärvård och kommun samt säkra övergångar för patienter används IT-systemet Lifecare. Den gemensamma dokumentationen gör det också enklare för personen att veta vem som ansvarar för vad.

Division Länssjukvård 2: Inom obstetrik/gynekologi deltar verksamheten i den nationella överenskommelsen ”Trygg hela vägen” där målet är att skapa en jämställd- och jämlik vård genom att förbättra vårdkedjan före-, under och efter graviditet.

Division Funktion: Anestesi/Operation/Intensivvårdsavdelningarna har pulsmöten mellan divisionerna, vårdavdelning och akuten för att underlätta samverkan och operationsplanering. Operationsverksamheten har representanter i benchmark projekt gällande planeringssystem via Svenskt Perioperativt Register (SPOR). Intensivvården deltar i nationella- och regionala samråd kring Covid IVA- vård.

Division Nära Folktandvård: För att säkra ett korrekt omhändertagande har vårdkedjor och andra typer av samarbetsformer etablerats mellan tandvården, primärvården och specialistvården.

Division Nära Primärvård: Samverkan ute i länet via löpande kontakt mellan kommuner och hälsocentraler. Central samverkan med kommuner sker via Länsstyrgruppen. Samverkan sker även vid uppkomna händelser där händelseanalyser görs i samverkan. Många avvikelser skickas också mellan kommun och regionen. Av dessa handlar många om brister vid vårdplanering.

Division Psykiatri: MAE (mobil akut enhet) säkerställer kritiska övergångar mellan sluten- och öppenvård. MAE-teamet är en funktion som man kan kontakta för stöd och hjälp. I Luleå och Piteå har man den 2021-11-01 startat Prehospitalt projekt tillsammans med akutsjukvård, polis och räddningstjänst. Förhoppningen är att detta arbete får fortsätta och utvecklas samt integrerat i ordinarie verksamhet.

Division Regionstöd: Under Covid-19 pandemin har Patientkontoret samverkat med andra verksamheter för att trygga sjukresor. Ett antal generella beslut har tagits som innebär tillfälliga avsteg från ordinarie regelverk för sjukresor.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Regionen Norrbotten har med hänvisning till Integritetsskyddsmyndighetens fastställande att EU:s dataskyddsförordning (GDPR), är den primära rättskällan för skydd av behandling av personuppgifter (DI-2020–11495).

Åtgärder

- Arbetet med vidareutveckling av regionens informationssäkerhetsarbete har fortsatt i syfte att säkerställa att centrala bestämmelser efterlevs i regionens samtliga informationssystem som har tilldelade tillgångsägare. Arbetet har fokuserat på förbättrad hantering av

personuppgiftsbiträdesavtal med förtydligande av instruktioner och processer vid etablering av nya avtal med externa parter samt vid uppföljning och kontroll av befintliga avtal.

- En e-utbildning i informationssäkerhet finns nu tillgänglig för alla anställda inom regionen. I denna utbildning får de anställda lära sig om säkert beteende, lösenordshantering, och hur man ska agera i sociala medier. Utbildningen avslutas med ett test där man måste ha minst 80 % rätt för att bli godkänd.
- Sammanställningen av regionens informationssäkerhetsarbete har vidareutvecklats till att innehålla efterlevnadsgrad av accepterade standarder, ISO 27001 och ISO 27002, i enlighet med förordningen (SFS 2018:1175) om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala leverantörer. Samt även ISO 27701, för hantering av personuppgifter.

Riskanalyser

Regionen har utvecklat processer för att löpande följa upp risker av teknisk natur som kan påverka den personliga integriteten för de registrerade med ett nära samarbete mellan berörda verksamheter inom regionen.

Centrala funktioner för informationssäkerhet, dataskydd samt IT och medicinsk teknik har tillsammans genomfört ett risk- och konsekvensanalyser för att säkerställa följsamhet mot gällande lagstiftning inför etablering och undertecknande av avtal.

Regionens informationssäkerhetsarbete har under 2021 påverkats av ett genomfört omställningsarbete och rekrytering av kritiska resurser för uppdragen. Tjänsten som informationssäkerhetssamordnare har varit vakant under stora delar av året som gjort att förbättringsarbetet inte kunnat genomföras fullt ut enligt ursprunglig plan. Tjänsten kommer åter att vara bemannad från och med februari 2022.

Incidenter

Tillgängligheten av regionens hälso- och vårdssystem, samt informationssystem som behandlar personuppgifter bemöter verksamhetens behov. Det har inte förekommit några rapporter om informationssäkerhetsincidenter, som medfört eller hade kunnat medföra vårdskada.

Regionen har vidtagit åtgärder för att förenkla incidentrapportering för att säkerställa skyndsam och konfidentiell behandling.

Uppföljningar

Uppföljning har genomförts på tidigare identifierade risker. Dessa risker har adresserats med aktiva åtgärder.

- Särskilda stickprovskontroller har genomförts mot befintliga leverantörer för att säkerställa efterlevnad avseende behandling av personuppgifter i enlighet med undertecknade personuppgiftsbiträdesavtal. Detta uppföljningsarbete har genomförts i nära samverkan mellan centrala funktioner för informationssäkerhet, dataskydd samt IT och medicinsk teknik.
- Berörda funktioner har också samverkat i arbetet med att kartlägga det systematiska informationssäkerhetsarbetet med stöd av ”Infosäkkollen” och rapporterat resultatet till Myndigheten för Samhällsskydd och Beredskap. (MSB)
- Under början av 2021 har tekniska penetrationstester genomförts av extern konsult i syfte att validera regionens IT- och cybersäkerhet. Rapport med resultat och rekommendationer har sedan legat till grund för åtgärder för att stärka organisationens IT-säkerhet. Under hösten har ett fokuserat förbättringsarbete bedrivits med stöd av extern rådgivning för att ytterligare höja säkerhetsnivån.
- Regionen fokuserar vidare på att utveckla dess förmåga att genomföra löpande uppföljning på de förvaltningsobjekt där behandling av personuppgifter förekommer. Syftet är att säkerställa

lämplig säkerhet för personuppgifterna, inbegripet skydd mot obehörig eller otillåten behandling och mot förlust, förstöring eller skada genom olyckshändelse, med användning av lämpliga tekniska eller organisatoriska åtgärder.

- Regionen har som tidigare nämnt vidareutvecklat sitt ledningssystem för informationssäkerhet till att följa standarder i ISO 27000 serien. Regionens uppföljning kommer att utgå ifrån att säkerställa implementationsgraden av de säkerhetsåtgärder som ingår i regionens ledningssystem

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Under året har ett flertal olika åtgärder vidtagits för att bibehålla eller stärka regionens strålsäkerhet. Däribland kan nämnas samordning av säkerhetsfunktioner, beslut om införande av ett system för att följa upp kompetensnivå, förtydligande av mandat för strålsäkerhetssamordnaren samt en omfattande översyn av regionens rutiner för bland annat berättigande-bedömning och kvalitetssäkring av radiologiska system.

Under året har regionen genomgått en omfattande omorganisation som, i vissa fall, begränsat möjligheterna att nå några av de tidigare målen för 2021. Ambitionen är att de skall uppfyllas under 2022.

Strålsäkerheten i Region Norrbotten kan sammanfattas som god.

Se [Regionens Strålskyddsbokslut 2021](#) för fördjupad information (bilaga1).

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur.

Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.

På regionövergripande nivå är säkerhetskulturen ett strategiskt prioriterat område och finns beskriven i regionens Patientsäkerhetsplan (2020). Fokus ligger på arbetet med att aktivt identifiera risker och skador och ett icke-skuldbeläggande förhållningssätt, där personalens och patienternas erfarenheter och kunskap tas tillvara och används som underlag för lärande, förbättringar och utveckling.



Säkerhetskulturmätning

Regionen har genomfört säkerhetskulturmätning Hållbart Säkerhets Engagemang (HSE) i samverkan med HR och medarbetarundersökningen 2019. I samband med den mätningen introducerades Säkerhetskulturtrappan från A till E som ett verktyg för att arbeta med resultatet. En förnyad mätning var planerad under 2021 men på grund av rådande pandemin togs beslut om att mätningen skulle skjutas fram till 2022.

Högsta ledningens stöd

Högsta ledningen genomför Patientsäkerhetsronder i verksamheterna där Säkerhetskulturtrappan är ett verktyg för att utvärdera och skapa dialog om säkerhetskulturen. Under pandemin har inga patientsäkerhetsronder genomförts men planen är att återuppta aktiviteten när så är möjligt.

Uppföljning av åtgärdsplan vid anmälan lex Maria

Som en del i ett lärande och för att stärka säkerhetskulturen, har regionen sedan 2019 påbörjat arbetet med att följa upp lex Maria-händelser sex månader efter beslut från Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Chefläkare och verksamhetsstrateg patientsäkerhet besöker berörda verksamheter och följer upp åtgärdsplanen och effekterna av föreslagna åtgärder. Under pandemin har uppföljningarna med besök inte

kunnat genomföras, men en enkät har tagits fram som skickas till verksamheten på alla ärenden med lex Maria-beslut under 2021. Uppföljning med besök kommer att återupptas när pandemiläget förbättras.

Säkerhetskultur i det dagliga arbetet

Divisionerna beskriver att de påbörjat och avser fortsätta implementering av daglig styrning i alla verksamheter. Det sker genom pulsmöten och förbättringsmöten där medarbetare ges möjlighet att engagera sig i förbättringsarbeten, avvikelser och upptäcka risker. Patientsäkerhet ska finnas med som en stående punkt på arbetsplatsträffar, där spridning av lärande sker via genomgång av avvikelser, genomförda händelseanalyser och Lex Maria- ärenden.

Verktyget ”Gröna korset” används i många verksamheter för att stärka säkerhetskulturen och åtgärda risker i det dagliga arbetet. Vissa divisioner/verksamheter beskriver att verktyget är infört på samtliga enheter. På enhetsnivå sker ett kontinuerligt arbete med patientsäkerhetskulturen genom att uppmuntra medarbetarna att registrera avvikelser. De inrapporterade avvikelserna samt svar återkopplas till personalen på arbetsplatsträffar.

Som ett sätt att sprida lärande i verksamheten har psykiatrin infört ett arbetssätt i samband med granskning av journaler i Markörbaserad journalgranskning (MJG) Gransknings-teamen arbetar i grupp som tillsammans genomför granskningar, och vid granskningstillfällena tar teamet in ”gästgranskare” från verksamheten som tillfälliga deltagare i granskningsarbetet.

Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete. Kunskap om patientsäkerhet behöver säkerställas genom kompetensutveckling och fortbildning på alla nivåer.



Kunskap och kompetens inom patientsäkerhetsområdet

Kompetensutvecklingen inom patientsäkerhetsområdet har pausat på grund av den pågående pandemin och omorganisationen. Fokus under 2021 har varit utbildningar riktade mot Covid-19.

I regionen finns ett antal e-utbildningar inom bland annat områdena basal hygien, och utbildningar i hantering och handläggning av avvikelser. E-utbildningarna kan verksamheterna använda vid exempelvis introduktion av nyanställda, för nya hygienobservatörer eller som åtgärd för att höja följsamheten till basala hygien-, och klädföreskrifter. Det finns även Powerpoint-material som kan användas i verksamheterna för grundläggande patientsäkerhetutbildning.

Genomförda utbildningsinsatser i patientsäkerhet under 2021;

- Händelseanalys-/Nithautbildning för analysledare - två omgångar.
- Utbildning av lokal administratörer som ska fungera som stöd till användarna av regionens databaser för månadsmätningar av BHK och de nationella punktprevalensdatabaserna.
- Patientsäkerhet och Vårdhygien i AT-utbildningen – två omgångar.
- Patientsäkerhet och Vårdhygien i kliniskt basår för nyutbildade och nyanställda sjuksköterskor – två omgångar.
- Patientsäkerhet och Vårdhygien - Sommarvikarier (vård, service)
- Informationsmaterial och hänvisning till webbutbildning i fallprevention – testas på tre kliniker innan breddinförande.

- Socialstyrelsen nationella webb-utbildning ”Säker vård” har genomförts för nyanställda sjuksköterskor i det kliniska basåret och i den Loka Samverkansgruppen (LSG) för Patientsäkerhet.

Vårdhygien har under året genomfört följande kompetenshöjande utbildningsinsatser;

- Genomfört utbildning och gett stöd till vården för handläggning av Covid-19, antibiotikaresistens, säsongsinfluensa, vinterkräksjuka och även fall av *c. difficile*. Inom dessa områden så bevakas följsamhet till rutinen och eventuella avvikelser följs upp.
- Utbildning till observatörer för genomförande av månadsmätningar riktade mot följsamhet till basala hygien- och klädföreskrifter (BHK) samt en fördjupad kunskap om vårdhygiens verktygslåda för att öka följsamheten till BHK har genomförts våren och hösten. Utbildningen har spelats in för att kunna ges digitalt på grund av restriktioner för möten under pandemin.
- Utbildningstillfällen med fokus på Covid-vården 1ggr/mån under pågående pandemi. Där har ett urval av utbildningstillfällena spelats in och erbjudits digitalt.
- En riktad utbildning gällande egenkontroll, ansvar och vårdhygieniska problemområden till chefer i Luleå kommun under vår och höst.
- Medicinstuderande NUS (vår och höst, termin 5 och 6).

Patientsäkerhet har tillsammans med vårdhygien och smittskydd definierat flera prioriterade områden för aktiva åtgärder och förbättringar, bland annat behovet av generell kompetensökning vad gäller systematiskt patientsäkerhetsarbete i verksamheterna, och ökad följsamhet till basa hygienrutiner och klädregler – inte minst för att minska antalet vårdrelaterade infektioner och undvika smittspridning. Regionchefläkare har också i högsta regionledningen lyft behovet av att komplettera den befintliga strategiska planen för Region Norrbotten med en regional patientsäkerhetsstrategi. I handlingsplanen för patientsäkerhet 2022 som håller på att tas fram, kommer, förutom utbildningsaktiviteter vad gäller systematiskt patientsäkerhetsarbete riktade till chefer, ledare och medicinskt ansvariga läkare, även uppföljningar av Lex-Maria-ärenden och patientsäkerhetsronder i våra verksamheter genomföras i syfte att öka kunskap och sprida lärande.

Yrkeskompetens och bemanning

För att bibehålla eller öka kvaliteten i vården, hantera den demografiska utvecklingen, ha kostnadskontroll och möta nya förväntningar, behöver vård och omsorg levereras på nya sätt enligt regionens målbild 2035. Nya arbetssätt och nya tjänster ska tas fram som formar en ny vård. De nya arbetssätten ska samtidigt underlätta kompetensförsörjningen och bidra till en hälsofrämjande arbetsmiljö. Det finns många utmaningar inom bemanning och kompetens inom regionen, bland annat beroende på stora pensionsavgångar och svårigheter att rekrytera rätt kompetens inom flera yrkeskategorier. Beroendet av inhyrd personal behöver minska, både ur ett patientsäkerhets- och ekonomiskt perspektiv.

Under 2021 har fokus under första halvan av året legat på covid-19-pandemin och att säkra bemanning under Norrbottens ihållande höga smittspridning med påföljande hög belastning på vården. Bemanningseenheten har stöttat för att säkra personal inom slutenvården, serologiprovtagning, PCR-provtagning, vaccination och smittspårning. Det största arbetet har handlat om uppbyggnad av samt rekrytering till vaccinationsmottagningarna, samt att hantera den administration som följer med uppdraget. Totalt har Bemanningseenheten fram till våren 2021 hanterat över 2000 kandidater, varav över hälften har gått vidare till anställning inom Region Norrbotten. HR-ansvariga har inventerat hela regionens vårdkompetens, och en del medarbetare har periodvis omplacerats och fått nya arbetsuppgifter. Bemanningseenheten har hanterat de frivilliga placeringarna som skett och fått stöttning från olika verksamheter med att slutföra arbetet med att bemanna regionens vaccinationsmottagningar.

Det har varit en stor utmaning att säkra god bemanning i vården även under sommarens semesterperioder. Det har delvis gått att lösa med extra ersättning till medarbetare som har flyttat sin semester och istället arbetat under de mest kritiska veckorna. Fokus under andra halvan av året har varit uppskjuten vård samt att säkerställa återhämtning för vårdens medarbetare som har en ökad arbetsbelastning under den pågående pandemin.

En ökad andel inhyrd personal har bemannat vården och har varit avgörande för att säkerställa patientsäkerhet och arbetsmiljöansvar. Region Norrbotten deltar tillsammans med samtliga av Sveriges regioner i ett upphandlingsarbete för att öka kvalitet och kostnadsmedvetenhet avseende inhyrda läkare, sjuksköterskor och röntgensjuksköterskor.

Extraordinära bemanningsinsatser under 2021

- Utökad bemanning utifrån testnings-, smittspårnings- och vaccinationsuppdrag
- Utökad bemanning i Covid-vård, intensivvårdsavdelningar vid Piteå och Sunderby sjukhus samt intermediärvårdsavdelning vid Sunderby sjukhus har bemannats med ordinarie medarbetare, rotation från övriga verksamheter, timanställningar och med inhyrd personal
- Krislägesavtal har medfört en ökad veckoarbetstid för anvisade medarbetare under perioden 16 april – 2 augusti. I samband med krislägesavtal har riskbedömningar samt arbetsmiljöuppföljningar genomförts med berörda medarbetare
- Inlåning av personal från övriga regioner har skett under juni och juli

Utbildningsinsatser

Utbildningsinsatser till chefer har under 2021 till stor del varit pausade på grund av Coronapandemin. Den utbildning som har genomförts är digitala BAS-utbildningar (Bättre Arbetsmiljö i Samverkan) för chefer och fackliga företrädare.

Risker och åtgärder

Arbetet med kompetensförsörjningsplaner har till stor del varit pausat under 2021 och detta medför en risk ur kompetensförsörjningsperspektiv. Då Region Norrbotten inte har en samlad bild av vilka aktuella anställningsbehov som föreligger finns en svårighet påverka utbildningsutbudet i länet. Där behoven är stora, exempelvis för vårdens medarbetare och där regionen är beroende av att hyra in personal, har särskild samverkan skett med universitet och yrkeshögskolor. Regionen har deltagit i de digitala rekryteringsmässor som har anordnats av arbetsförmedling och lokala nätverk för hemvårdare med kompetens inom vården.

Arbete för att skapa systemförståelse och kunskap om förbättrings- och implementeringsarbete.

- Samtliga anställda ska via medarbetarsamtal ta fram en individuell kompetensplan där man tittar på utbildningsbehov och önskemål hos de anställda.
- Inom vissa verksamheter finns utvecklingsjuksköterskor som har i uppdrag att planera, leda och bedriva förbättrings- och implementeringsarbeten tillsammans med enhetschef.
- Mentorskap till nyanställda medarbetare utses i flera verksamheter.

Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.



PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Här beskrivs struktur och aktiviteter för **hur** patienter, brukare och närstående erbjuds möjlighet att medverka i patientsäkerhetsarbetet, görs delaktiga i den egna vården och medverkar i utvecklingsarbeten.

E-tjänster

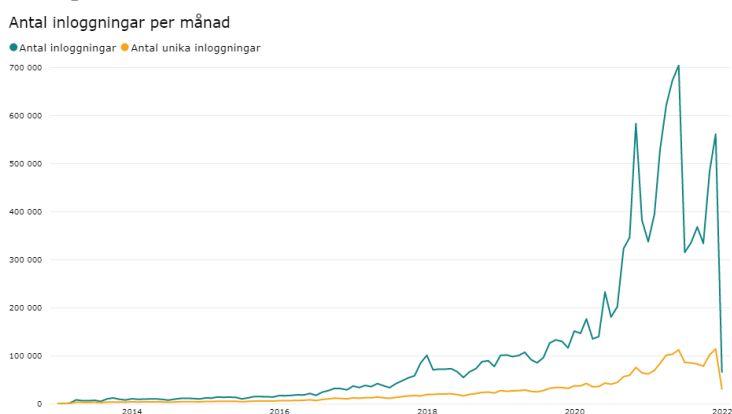
Invånartjänster/1177 vårdguidens e-tjänster ger förutsättningar till ökad delaktighet och medskapande i vården samt bättre överblick över vårdprocesserna. Invånartjänsterna förbättrar också tillgängligheten till vården, och stödjer dessutom valfrihet och flexibilitet i invånarnas val av vårdgivare. Regionens verksamheter verkar aktivt för att öka tillgängligheten till kontakt via e-tjänster. Pandemin har bidragit till att utveckla arbetssätt och processer med stöd av e-tjänster. Regionstyrelsen har under hösten 2021 beslutat inom ramen för beställningen för primärvård om ett obligatoriskt basutbud om minimum följande fyra tjänster på varje hälsocentral.

- Förnya recept
- Kontakta mig
- Av/omboka tid
- Beställ tid

Antal hälsocentraler med basutbudet: 4 tjänster = 17, 3 tjänster = 6, 2 tjänster = 3 och 0 tjänster = 3

Användandet av e-tjänster/invånartjänster fortsätter att öka stadigt och i snabbare takt. Pandemin har bidragit till att utveckla arbetssätt och processer med stöd av e-tjänster. Tidigare ingick Rådgivning i basutbudet, men detta togs bort i samband med införandet av "Digitalen" (digital vård). Digitalen ger norrbottningar kontakt med vården där de är, direkt i mobil, surfplatta eller dator. Den digitala vårdkontakten journalförs och går att komplettera med fysiska besök när det behövs. Digitalen omfattar alla regiondrivna hälsocentraler från och med den 6 oktober. Tjänsten är öppen dygnet runt och ärenden besvaras av hälsocentralen vardagar mellan 8.00 och 16.00. Kvällar och helger besvaras Digitalen 1177 ärendena.

Resultat: Per sista december 2021 hade ca 90 procent av norrbottningarna loggat in i e-tjänsterna på 1177 (ca 224 100 personer ackumulerat). Detta kan jämföras med december 2020 då motsvarande siffra var 75 procent.



Analys: E-tjänsterna på 1177 blir fler – utbudet breddas. År 2021 kan exempelvis webbtidbok för vaccination samt möjlighet att beställa självtest för Covid-19 ha medfört att användandet har ökat. Vårdinitierade ärenden via 1177 vårdguidens e-tjänster (omvänt ärendeflöde)

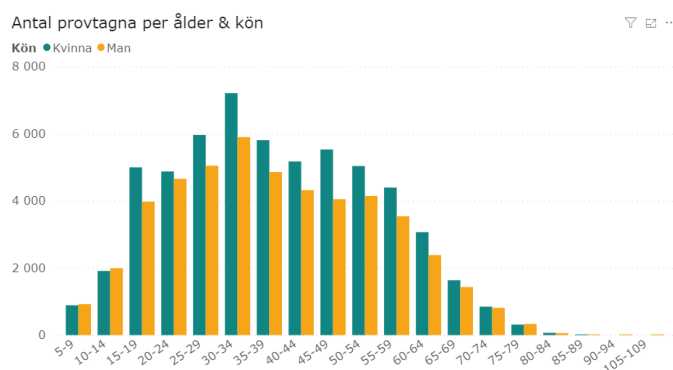
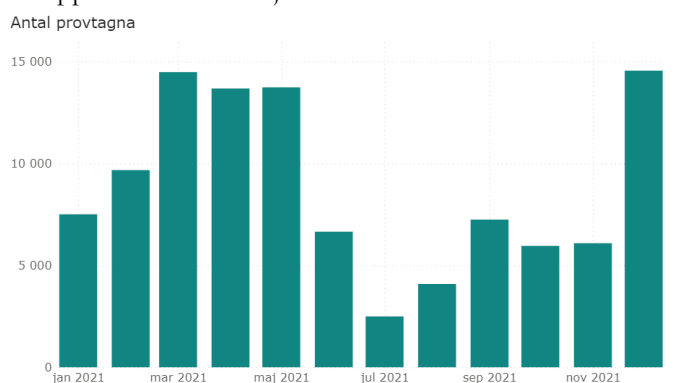
Under 2021 har vårdinitierade ärenden ökat markant och var 20 600 jämfört med 6100 år 2020. Störst orsak till ökningen är den enkät för smittspårning som skickas ut till en invånarens inkorg i 1177 då vederbörande har beställt ett självtest via egen provhantering och testat positivt för Covid-19. Invånaren

fyller i och returnerar via 1177. Med enkäten kan även information om förhållningsregler med mera bifogas. Detta medför att flödet snabbas upp, information når fram snabbare. Det är möjligt för vården att se om invånaren har konto på 1177 samt om hen har läst meddelandet. I perioder med hög smittspridning underlättar detta mycket.

Egen provhantering

I månadskiftet oktober/november 2020 startades Egenprovhantering via 1177 vårdguidens e-tjänster med möjlighet för invånare att beställa och utföra självtest för pågående Covid-19. Beställning görs via 1177 och provet utförs antingen vid provtagningsstation i bil alternativt i hemmet då test-kit hämtats på apotek av ombud eller levererats via hemleverans. Provsvar kommer via egen provhantering i 1177 och finns också tillgängligt i Journalen.

Resultat: Under 2021 har fler än 106 000 personer provtagit sig via egenprovhantering. Personer från 6 år och uppåt kan använda tjänsten.



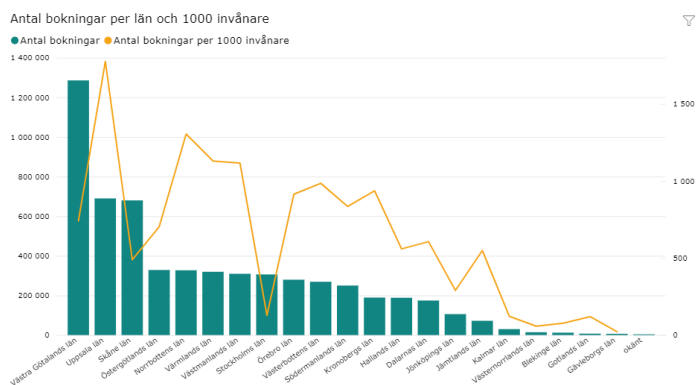
Åtgärder: Under första kvartalet 2022 kommer en övergång till egenregistrerad provtagning att ske. Invånare hämtar test-kit i låda utanför hälsocentral, provtar sig, registrerar test-kit på 1177 och lämnar i låst del av lådan. Detta förväntas bli en mer flexibel och lättillgänglig lösning för invånarna.

Webbtidbok

Webbtidbok finns tillgänglig på hälsocentralerna, där invånaren kan se bokad tid, av- och omboka eller boka tid (varierar för olika mottagningar). Webbtidbok via 1177 är tillgängligt för mammografi samt för cervix screening. Folkandvården är på gång att införa webbtidbok och planerar att starta en pilotmottagning i januari 2022.

Webbtidbok har varit och är tillgänglig för bokning av tid för vaccination Covid-19 samt för vaccination av säsongsinfluensa

Resultat: Användandet av webbtidbok har ökat under 2021. Ökning av bokningar via webb har ökat stort 2021 och bokning av covid-19 vaccination har bidragit till detta. År 2021 registrerades 327 000 bokningar.

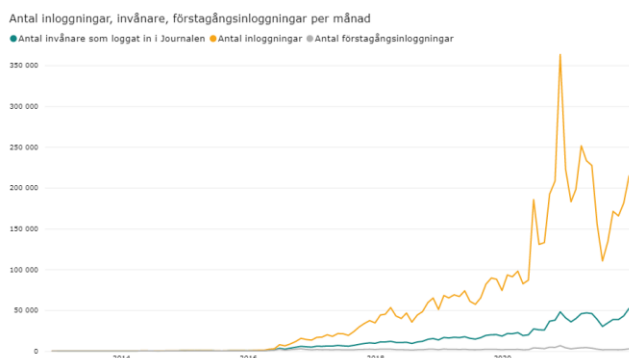


Åtgärd: Regionstyrelsen har beslutat (beställning primärvård) att senast 30 juni 2022 ska 25 procent av tidböckerna vara tillgängliga på hälsocentralerna.

Journal via nätet

Sedan juni 2016 har norrbottningarna direktåtkomst till journalinformation via e-tjänsterna på 1177. Den information som är tillgänglig är journalanteckningar, vårdkontakter, läkemedelslistan i regionens Vårdadministrativa journalsystem (VAS), svar på blodprover, vaccinationer, SIP (samordnad individuell plan) samt spärrar. Sedan våren 2020 är det också möjligt att ta del av sina provsvar för Covid-19, både PCR (pågående infektion) och antikroppstest.

Resultat: Per sista december 2021 hade cirka 159 700 norrbottningar loggat in i Journalen via 1177. Har man loggat in en gång tenderar man att återvända.



Åtgärder: Plan att i februari 2022 börja visa de så kallade Waranbrevet i Journalen.

Nationella patientenkäten

Nationell Patientenkät, NPE, är ett samlingsnamn för återkommande nationella undersökningar av patientupplevelser inom hälso- och sjukvården. Enkäten innehåller frågor inom olika områden som bland annat handlar om hur man upplevt det emotionella stödet, tillgängligheten, delaktigheten och involveringen samt respekt och bemötande.

Akutmottagningarna: I slutet av 2020 gjordes en nationellt gemensam undersökning inom den Nationella Patientenkäten för akutmottagningarna i Sverige och resultaten presenterades i början av 2021.

Resultat: Totalt var det drygt 15 000 patienter som svarade på vad de tyckte om sitt vårdbesök på en akutmottagning, varav drygt 450 svar rörde vården i Norrbotten. Bästa resultaten i Norrbotten ses hos akutmottagningarna i Kalix, Gällivare och Piteå. Resultatet visar att de allra flesta som besökt akutsjukvården är nöjda och anser att deras behov av vård har blivit tillgodosedda, såväl i Norrbotten som i riket totalt.

Analys: Förbättringspotential finns vad gäller information om väntetider och prioriteringsordning på akutmottagningarna. Norrbottens resultat ligger på samma eller högre nivå, jämfört med riket totalt, inom de flesta frågorna. Resultaten från Norrbotten visar också att män är nöjda med sin vård i något större

utsträckning än kvinnor, vilket ses inom samtliga områden. Störst är skillnaden mellan kvinnor och män då det rör emotionellt stöd.

Primärvården: Under 2021 har också den Nationella Patientenkäten genomförts som en nationellt gemensam undersökning inom primärvården och resultat för det kommer att redovisas lite längre fram. På grund av pandemin har en undersökning rörande den specialiserade öppna och slutna vården blivit inställd.

Lokala Programområden/Lokala arbetsgrupper

I lokala programområden och lokala arbetsgrupper (inom ramen för kunskapsstyrning) kommer patient-/brukarmedverkan att ske för att belysa deras perspektiv på hälso- och sjukvården inom aktuellt område. Detta kan ske exempelvis i arbetet med att införa de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen i regionen.

Exempel från verksamheterna på patient-/närståendemedverkan och delaktighet

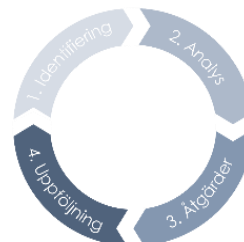
- Hälso- och sjukvården har under pandemin infört skärpta restriktioner för besök av anhöriga. För att möjliggöra för en närstående att vara delaktig har dagliga telefonsamtal inplanerats mellan ansvarig anestesiläkare och den närstående. Vid patienters tillfrisknande från Covid-IVA har uppföljande samtal skett där det varit möjligt.
- I samband med händelseanalyser erbjuds patient och/eller närstående att delta via intervju av både verksamhet och av analysledare.
- Inom Division Psykiatri har patientorganisationerna varit delaktiga i framtagande av handlingsplan och aktiviteter som rör området psykisk hälsa och suicidprevention.
- Vid Patientsäkerhetsronder ges tillfälle för högsta ledningen att ha utbyte med patienter/närstående kring patientsäkerhet, kvalitet och annat av värde.
- Inom Folk tandvården har patient med vårdnadshavare varit med vid framtagande av skriftlig patientinformation som en del i avvikelshantering.
- Patienthotellet Vistet arbetar med personcentreradvård vilket innebär att de vid överrapportering till personalen som ska jobba eftermiddag/kväll gör det tillsammans med patienten inne på patientens rum för att de ska bli så delaktiga i sin vård som möjligt.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.

Uppföljning genom egenkontroll fokuserar på uppföljning av de strategiska målen i regionen, patientsäkerhetsmål och mål/aktiviteter i handlingsplan. Återkoppling sker på övergripande nivå, i linjeorganisationen, i vissa fall verksamhets-/enhetsnivå och via LSG Patientsäkerhet. Både region- och divisionsövergripande resultat presenteras på webben. Inom vissa verksamheter sker verksamhetspecifika egenkontroller vilka redovisas i respektive divisions patientsäkerhetsberättelser.



Egenkontroll	Omfattning	Källa
Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)	1-2 gång per år	PPM-databasen
Månadsmätningar BHK	1 gång per månad	Egenutvecklad databas för registrering av observationer som presenteras i regionens uppföljningsportal
Egenkontroll av vårdhygienisk standard	1 gång per år	Protokoll
Egenkontroll av systematiska patientsäkerhetsarbetet	1 gång per år	Protokoll
Patientsäkerhetsronder	Enligt plan	Protokoll
Avvikelser	3 gånger per år	IT-stödet Synergi för avvikelshantering
Vårdskador	1 gång per år och per halvår görs en uppföljning	Markörbaserad journalgranskning
	3 gånger per år	IT-stödet Synergi för avvikelshantering
Vårdrelaterade infektioner	1 gång per år	PPM-databasen
	1 gång i månaden	Infektionsverktyget
	2 gånger per år	Markörbaserad journalgranskning
Antibiotikaförskrivning	Löpande samt 1 gång per år	Folkhälsomyndigheten Infektionsverktyget
Vårdpreventivt arbetssätt riskbedömningar och förebyggande åtgärder	Kontinuerligt riktad mot daglig styrning inom slutenvården	Uppföljningsportalen; uttag från omvårdnadsdokumentationen i journalsystemet
	- Fall	3 gånger per år övergripande nivå
	- Trycksår	
	- Blåsöverfyllnad	1-2 gång per år
- Munhälsa		
- Nutrition	Nationell PPM-databasen	
Patientenkäter	Enligt nationell överenskommelse 1-3 per år (2018, 3 mätningar)	Nationell databas NPE
Ledningssystemet för systematisk patientsäkerhetsarbete	1 gång per år	Checklista för egenkontroll.

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Avvikelsehanteringsprocessen - Handläggningstider - Kvalité på ärendetyp negativ händelse.	1 gång per år	Avvikelsehanteringssystemet Synergi Kvalitetsgranskning med hjälp av enkät.
Lex Maria - Handläggningstider 2 månader. - Att varje lex Maria har en registrerad avvikelse.	4 gånger per år	Kvalitetsuppföljning av avvikelser via protokoll/enkät,
Klagomålsprocessen - Kvalité handläggningen - Svar till anmälaren inom 4 veckor.	1 gång per år.	Kvalitetsuppföljning av slumpmässigt utvalda ärenden från inkomna klagomål (vårdgivaren, IVO och Patientnämnden).
Händelseanalysprocessen - Uppföljning av arbetsprocessen	4 gånger per år (halvår)	Egen uppföljning och NITHA (nationellt IT-stöd för händelseanalyser).

Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §
 Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



Har vården varit säker

Här beskrivs identifierade områden som är relevanta inom organisationen och hur regionen arbetar med att förbättra dem.

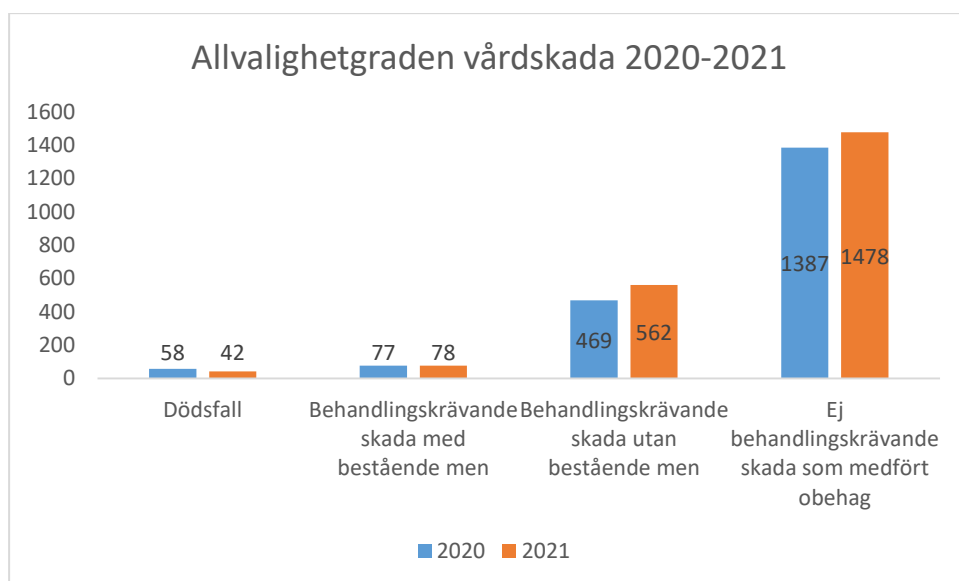
Utredning allvarlig händelse som har medfört eller hade kunna medföra vårdskada

Vårdskador identifieras via;

- Rapporterade avvikelser.
- Inkomna klagomål och synpunkter
 - o Klagomål och synpunkter direkt till vårdgivaren
 - o Klagomål från IVO
 - o Patientnämndsärenden
- Markörbaserad Journalgranskning.

Oavsett varifrån händelsen rapporteras dokumenteras alla rapporter och klagomål i regionens IT-stöd Synergi för avvikelsehantering. Det är händelsens allvarlighetsgrad som avgör handläggning och utredning. Alla allvarliga händelser/tillbud ska gå till verksamhetschef för kännedom och bedömning om vidare utredning och/eller om chefläkare ska kontaktas för bedömning om lex Maria-anmälan.

Under 2021 har antalet vårdskador som rapporterats in i Synergi ökat med cirka 200 stycken jämfört med 2020, men antalet allvarligare vårdskador har minskat, och de flesta vårdskadorna är lindriga samt ger ringa eller inga bestående men.



Källa: Databas för Markörbaserad journalgranskning

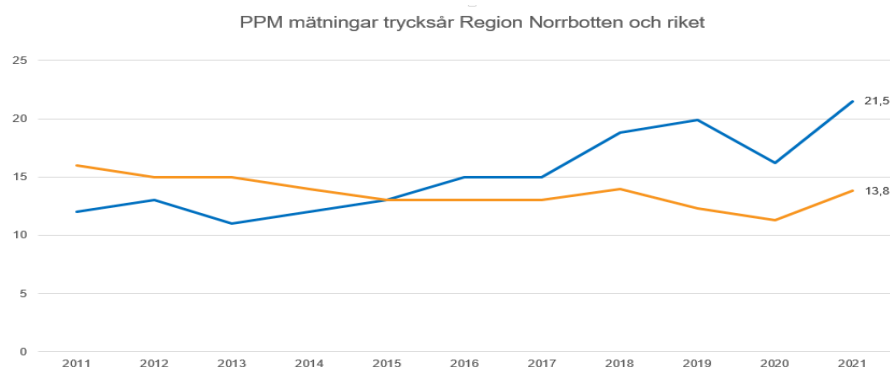
Väntetiden och utredningstiden vid utredningar av allvarliga händelser i vården har ökat, och det totala antalet utredningar har minskat under det gångna året. Detta relateras till pågående pandemi samt organisationsförändringar i Region Norrbotten, där många medarbetare fått nya roller och uppgifter. I den nya organisationen är målet att utbilda fler analysledare, vilket pågår, och att på ett bättre sätt än tidigare arbeta med divisionsöverskridande händelseanalyser.

Trycksår

Mål: Förekomsten av trycksår ska årligen minska: Målet för 2021 är att andelen trycksår ska vara högst 10 procent

Resultat: Trycksår mäts regionövergripande i de nationella punktprevalensmätning en gång per år. På länets sjukhus hade 21,5 procent av de inläggande patienterna trycksador eller trycksår vid 2021 års nationella mätning på hösten. I riket låg motsvarande siffra på 13,8 procent.

Andelen trycksår som uppkommit under sjukhusvistelsen har ökat jämfört med föregående år. Andelen sjukhusförvärvade trycksår låg på 18,9 procent jämfört med 11,4 procent föregående år



Källa: Nationell databas för punktprevalens-mätningar

Analys av resultat: Andelen trycksår har ökat i de nationella mätningarna vilket även ses i journalgranskningen. Trycksår är det näst största vårdskadeområdet i regionen. Regionen redovisar det näst sämsta resultatet i riket i de nationella mätningarna. En av orsakerna till den ökade andelen trycksår

och andelen sjukhusförvärvade trycksår kan vara att andelen patienter med risk för trycksår är hög i regionen jämfört med andra regioner samt att pandemin kan ha inverkat. Under pandemin har vårdpersonal i större utsträckning behövt byta avdelning och arbetsuppgifter, vilket gjort det svårare att upprätthålla rutiner kopplat till tidiga riskbedömningar och förebyggande åtgärder. Utbildningar har också tvingats pausa liksom nätverksträffar för trycksårsombud.

Åtgärd: Fokus bör nu ligga på att höja kunskapen om trycksår, bli bättre på att tidigt upptäcka patienter med risk för att utveckla trycksår och att tidigt starta upp med förebyggande åtgärder.

Uppföljning av åtgärd: Trycksårsfrekvens, åtgärder och det förebyggande arbetet följs upp på verksamhetsnivå och diskuteras på arbetsplatsen för att utvärdera om effekt och trycksårsförekomsten minskar.

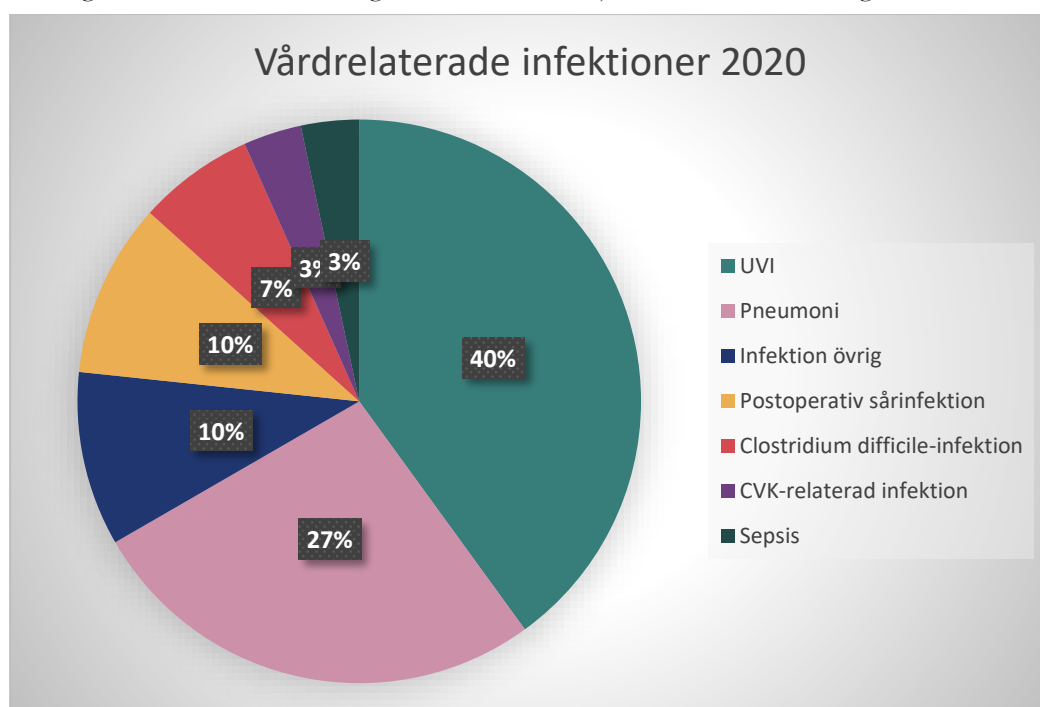
Vårdrelaterade infektioner

Mål: Förekomsten av vårdrelaterade infektioner (VRI) under 3 procent 2021.

Resultat: Ingen nationell punktprevalensmätning genomfördes 2021. Däremot genomfördes en mätning 2020. Resultatet visade då på en andel VRI i regionen på 12,9 procent, vilket är en ökning från föregående års mätning med 3,4 procent. På grund av rådande pandemi gjordes inte någon nationell sammanställning, och därför har jämförelser med riket uteblivit.

Antalet patientrelaterade avvikelser orsakade av VRI för 2021 är 21 registrerade avvikelser jämfört med 2020 då det fanns 37 avvikelser.

I markörbaserad journalgranskning är VRI det största vårdskadeområdet. Vårdrelaterade urinvägsinfektioner är den vanligaste vårdskadan följt av vårdrelaterade lunginflammationer.



Källa: Databas Markörbaserad journalgranskning 2021

Analys av resultat: Vårdrelaterade infektioner (VRI) är det största vårdskadeområdet i regionen och följs upp i nationella punktprevalensmätningar, i journalgranskning och via avvikelser. Den vanligaste VRI är vårdrelaterad urinvägsinfektion. VRI är den skada som i cirka 50 procent av fallen orsakar förlängd vårdtid. Upp till 50-60 procent av VRI bedöms vara undvikbara genom strikta basala hygien- och klädrutiner (BHK) och förebyggande åtgärder. Kvinnor drabbas i större utsträckning av VRI medan män drabbas av lika stor andel trycksår som VRI.

Antalet VRI som registreras i avvikelshanteringssystemet är till antalet få vilket avviker från det som identifieras vid journalgranskning och mätning. Underrapportering bedöms vara en av orsakerna.

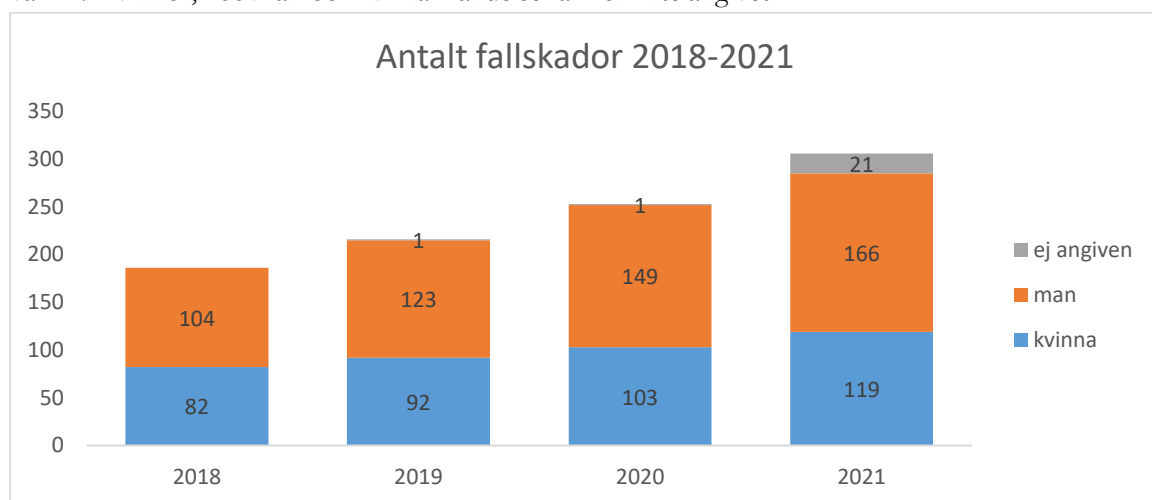
Åtgärd: Hög följsamhet till basala hygien- och klädregler. Förebygga VRI med evidensbaserade åtgärder. Utbildning och kompetenshöjning.

Uppföljning av åtgärd: Uppföljning av mätningar och återrapportering av resultat.

Fallskador

Mål: Reducering av antalet vårdskador på grund av fall med 50 % jämfört med 2020 (247). Målet blir då för 2021 högst 123 fallskador. Personer med risk för fall ska identifieras och förebyggande åtgärder sätts in.

Resultat: Totalt är det 306 fallskador registrerade i avvikelshanteringssystemet. Av totalt antal fallskador var 119 kvinnor, 166 män och i 21 fallhändelser är kön inte angivet.



Källa: Synergi 2021

Analys av resultat: Både antalet fallskador och antalet lex Maria- anmälningar för fallskador har ökat under 2021 jämfört med 2020. Vanligaste orsaken till lex Maria- anmälan 2021 var fallskada. 15 lex Maria anmälningar har gjorts 2021 jämfört med 11 föregående år. De senaste åren är det övervägande fler män än kvinnor som faller och skadar sig. Den vanligaste bakomliggande orsaken i utredningarna anges vara brister i kommunikation, information och delaktighet/medverkan av patient/närstående samt bristande tillsyn av patienten i kombination med hög arbetsbelastning.

En fördjupad analys är gjord på fallhändelser som lex Maria- anmäls. I utredningarna beskriver verksamheten.

- Trots insatta åtgärder faller patienter (larmmatta/rörelselarm).
- Tätare tillsyn och införande av Se-Upp-Ronder.
- Viktigt att överrapportera fallrisk mellan skiften.
- Riskbedömningar måste göras, följas upp och dokumenteras.
- Kommunikation med patient om vikten av att använda larmklocka. Påminna patient om att vänta på hjälp.
- Utbildningar i personalgruppen i fallprevention.
- Översyn av vårdssalar och utrustning (rullstol/rullator etc.)

Åtgärd: Informations- och utbildningsmaterial framtaget. Införa Se-Upp-Ronder och utbildning i att riskbedöma och förebygga fall och tät uppföljning.

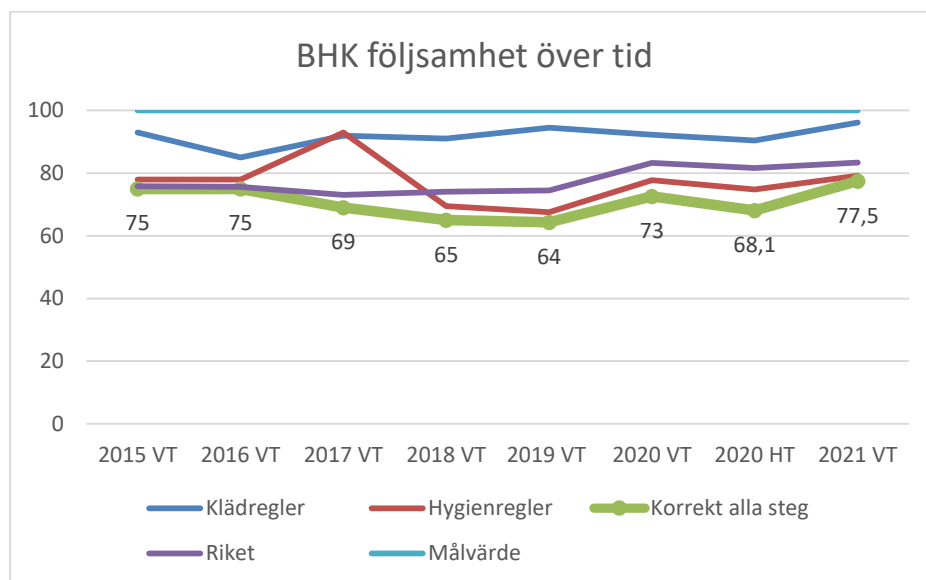
Uppföljning av åtgärd: Följa riskbedömningar och insatta förebyggande åtgärder

Följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler (BHK)

Mål: Målet är 100 procent följsamhet samt att öka antalet verksamheter som deltar i mätningarna.

Följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler (BHK) är en viktig del i att förhindra VRI, smitta och smittspridning inom hälso- och sjuk-vården, framförallt i pandemitider. För regionen är det ett prioriterat område och varje månad ska följsamheten mätas och följas upp i alla vårdverksamheter. Mätningarna grundar sig på observationsstudier i flera steg av medarbetare i patientnära arbete, exempelvis vid omvårdnad, undersökning och behandling.

Resultat: I den nationella punktprevalensmätningen visade resultat på 77 procents följsamhet.



Källa: Nationell punktprevalensdatabas 2021

Analys: Resultatet av vårens nationella mätning visade ett förbättrat resultat på 77 procent jämfört med 68 procent föregående år. Det som brister är användande av plastförkläde och korrekt desinfektion av händer före patientnära arbete. För att resultaten ska spegla verksamheten och bli sanningsenliga krävs högt deltagande i mätningarna. Vid vårens nationella mätning deltog cirka 75 procent av regionens enheter men i regionens egna månadsmätningar ligger andelen mätande enheter på 57 procent.

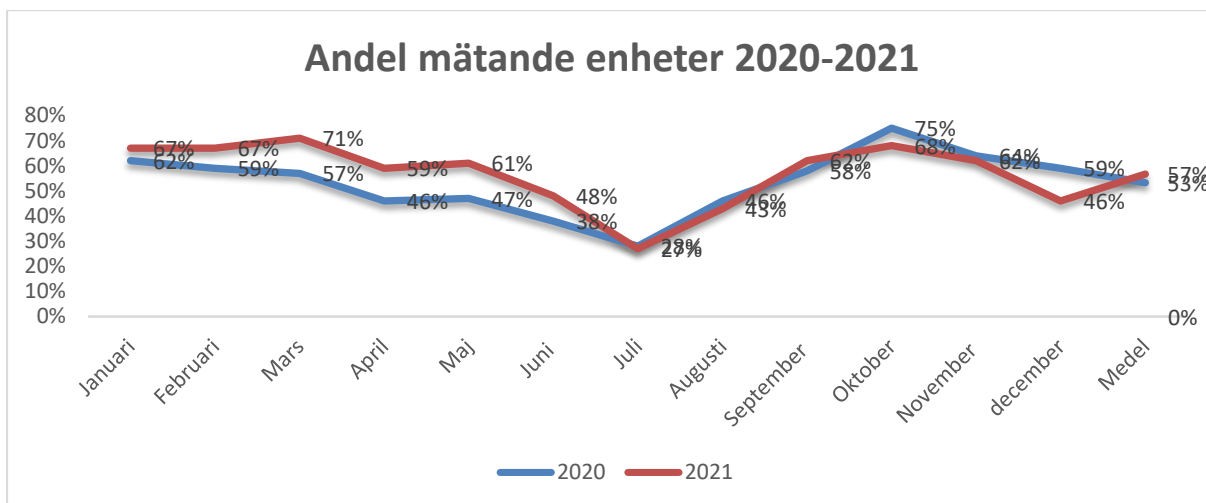
Åtgärder: Resultaten har återrapporterats till högsta ledningen. Tät uppföljning av chefer. Plan med åtgärder har tagits fram och följs upp månadsvis.

Uppföljning åtgärder: Fortsatt uppföljning av andel mätande enheter och följsamhet månadsvis och att medverka i de nationella mätningarna.

Månadsmätningar av följsamhet till basala hygien- och klädregler

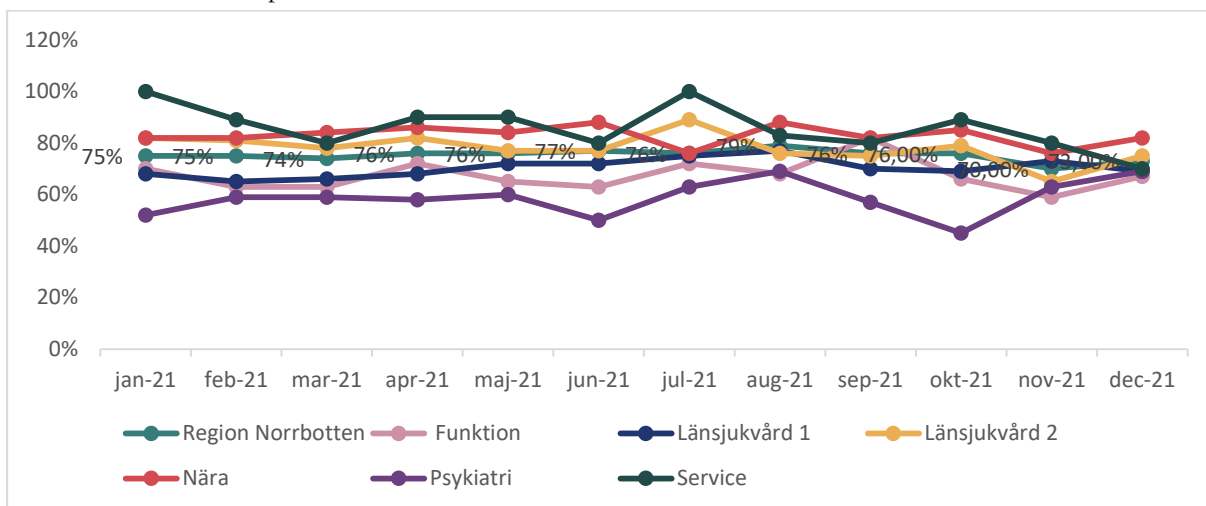
Mål: Andel mätande enheter ska öka och följsamhet ska öka mot målet 100 procent

Resultat: Andelen mätande enhet i genomsnitt har ökat 2021 till 57 procent jämfört med 53 procent 2020.



Källa: Databas för månadsmätningar Region Norrbotten, 2021

Följsamheten vid månadsmätningarna till BHK visar en genomsnittlig följsamhet på 75 procent med en variation mellan 70-76 procent.



Källa: Databas för månadsmätningar Region Norrbotten, 2021

Åtgärder: Reportage från verksamheter med god följsamhet har publicerats med syfte att inspirera andra verksamheter. Under andra halvåret 2021 återkopplades resultatet av månadsmätningarna till högsta ledningen. Åtgärder för förbättrad uppföljning har tagits fram och utbildning av verksamhetsutvecklare har genomförts för att de ska kunna vara ett stöd till verksamheten. Uppdatering av databasens observatörer, rutinmässig information om följsamheten resultat till enheternas ledning.

Uppföljning åtgärder: Uppföljning månadsvis, per tertial och till patientsäkerhetsberättelsen.

Suicid

Mål: Reducera antalet suicid bland de som sökt vård från 11 stycken 2020 till färre än 7 stycken 2021.

Resultat; Antalet lex Maria- anmälningar för suicid har sedan 2018 minskat. Under 2021 har sju suicid och ett suicidförsök blivit föremål för utredning och anmälan enligt lex Maria. Det är en minskning med fyra stycken jämfört med 2020.

Analys av resultat: Under 2021 har antalet suicid i Norrbotten fortsatt minskat i jämförelse med tidigare år. Nationellt finns fortsatt oro för att suiciden kan komma att öka i pandemins spår, men än noteras inte

någon ökning. Könsfördelningen är oförändrad och visar ett högre antal män än kvinnor, men åldrarna är lite oroande med fortsatt fler unga vuxna födda i början av 2000-talet.

Varje självmord är ett för mycket och för vart och ett av självmorden finns flera anhöriga/närstående som påverkas under lång tid efteråt.

Åtgärd; Resultatet av den nationella retrospektiva granskning av suicid som Norrbotten deltagit i är ännu inte publicerad, men den interna spridningen av information i regionens verksamheter har under året fortsatt. En viktig grupp är kuratorerna som finns på alla sjukhus i länet då risken för suicid är högre hos bland annat personer med långvarig smärta, allvarliga kroppslig sjukdom och hjärt- och kärlsjukdomar.

Psyk-E bas Suicid, en utbildning i suicidprevention lanserades i december 2020 och har fortsatt att spridas till regionens verksamheter men pandemin har påverkat möjligheten att genomföra direkta utbildningar. Innehållet är baserat på bästa tillgängliga evidens.

Digitala internetutbildningar har påbörjats under 2021 där psykiatrin erbjuder personal inom Akut omhändertagande ökade kunskaper om psykisk ohälsa och suicidprevention. Utbildningarna genomförs inom ramen för regionens satsning på förbättrad psykisk hälsa bland befolkningen. Utbildningarna omfattar sju olika temaområden.

Tillsammans med polisen, räddningstjänsten, ambulansen, psykiatrin samt SOS har regionen påbörjat en omfattande utbildningsinsats i den evidensbaserade metoden Akut omhändertagande av suicidal person (AOSP). Sex utbildningsgrupper är genomförda och planeras för fortsättning 2022. Ambulanssjukvården ska utbilda egna instruktörer, vilket fortgår under 2022. Utbildningarna måste genomföras fysiskt så utbildningstakten påverkas av folkhälsomyndighetens restriktioner och pandemins påverkan på hälso- och sjukvården.

Uppföljning av åtgärd: Fortsatt förebyggande arbete, uppföljning och identifiering av personer med risk för suicid.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system

Nedan beskrivs identifierade områden som är relevanta inom organisation och hur regionen arbetar för att förbättra dem.

Ledningssystemet för systematiskt patientsäkerhetsarbetet

Med anledning av en revision som granskade regionens kvalitetsledningssystem utifrån föreskriften om kvalitetsledningssystem (SOSFS 2011:9), startade 2017 ett arbete med att utveckla ett regionövergripande ledningssystem på uppdrag av regiondirektören. Ledningssystemet omfattar inte bara patientsäkerhet utan i ledningssystemet ingår även de övriga säkerhetsområdena.



Under 2021 har arbetet med övergripande ledningssystemet fortsatt. Efter omorganisationen tillträdde en ny samordnare för det regionövergripande ledningssystemet.

Regionens revisorer har granskat arbetet med det regionövergripande ledningssystemet och det påbörjade arbetet ska prioriteras och slutföras med fokus på kärn- och stödverksamhet. Som först ut från kärnverksamheten har arbetet med tandvårdsprocessen implementerats, och det arbetet kommer att bli en ledstång för vidare arbete med hälsa, vård samt stödverksamhet. Patientsäkerhet återfinns i ledningssystemet under "Ledning" och är ett bra exempel på hur integrering mellan Insidan, Ledningssystemet och regionens "Vårdadministrativa Informationssystem" (VIS) ska ske. Ett arbete har påbörjats under året, och kommer att fortsätta under nästa år, med att göra det enkelt för verksamheten att hitta rätt arbetsätt, rutiner och kunskapsstöd.



Inför 2022 planeras en uppgradering av ledningssystemets design för att bland annat uppfylla tillgänglighetsdirektiven så långt som möjligt. Arbetet med framtagande av ett processverktyg för visualisering i ledningssystemet fortsätter samt samverkan med andra regioner kring ledningssystem.

Avvikelsehanteringsprocessen

Mål	Resultat 2021	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning	Källa
Avvikelser ska i normalfallet handläggas inom 30 dagar.	Uppfyllt till ca 50 procent	Ärendehandläggningstiderna är oförändrad. Det finns en stor spridning vad gäller handläggningstider.	Uppföljning Utbildning Information	Uppföljning per tertial och till PS-berättelsen	Region Norrbotten	Synergi (IT-stödet för avvikelshantering)
Kvaliteten på avvikelser ska höjas och dokumentationen förbättras	Granskning visar följsamhet till 59 %		Brister analyseras och kommuniceras.	Uppföljning 1 gång/år till PS-berättelsen	Region Norrbotten	Synergi (IT-stödet för avvikelshantering)

Klagomålsprocessen

Mål	Resultat 2021	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning	Källa
Alla klagomål och synpunkter ska registreras som en avvikelse oavsett varifrån de kommer.	Klagomål från IVO för utredning: Uppfyllt till 82 %	Oförändrat resultat jämfört med 2020.	Uppföljning Utbildning Information	Uppföljning till PS-berättelsen. 1 gång/år.	Region Norrbotten	Synergi och egen uppföljning
Alla klagomål och synpunkter ska registreras som en avvikelse oavsett varifrån de kommer.	Klagomål som IVO överlämnar till vårdgivaren för utredning: Uppfyllt till 51 %	Förbättrat resultat.	Uppföljning Utbildning Information	Uppföljning till PS-berättelsen. 1 gång/år.	Region Norrbotten	Synergi och egen uppföljning

Mål	Resultat 2021	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning	Källa
Inkomna klagomål och synpunkter ska besvaras.	Besvarat till 67 %	Oförändrat resultat jämfört med 2020.	Säkerställa att anmälaren får återkoppling.	Kvalitetsuppföljning av slumpvis utvalda inkomna klagomål från IVO, Patientnämnden och direkt till vårdgivaren. 1 gång/år.	Region Norrbotten	Synergi och egen uppföljning
Alla Patientnämndsärenden ska registreras som en avvikelser.	207 av 729 Uppfyllt till 28 %	Oförändrat resultat som 2020.	Uppföljning Utbildning Information	Uppföljning 1 gång/år till PS-berättelsen	Region Norrbotten	Synergi och egen uppföljning

Utredning av allvarliga händelser i samband med Lex Maria

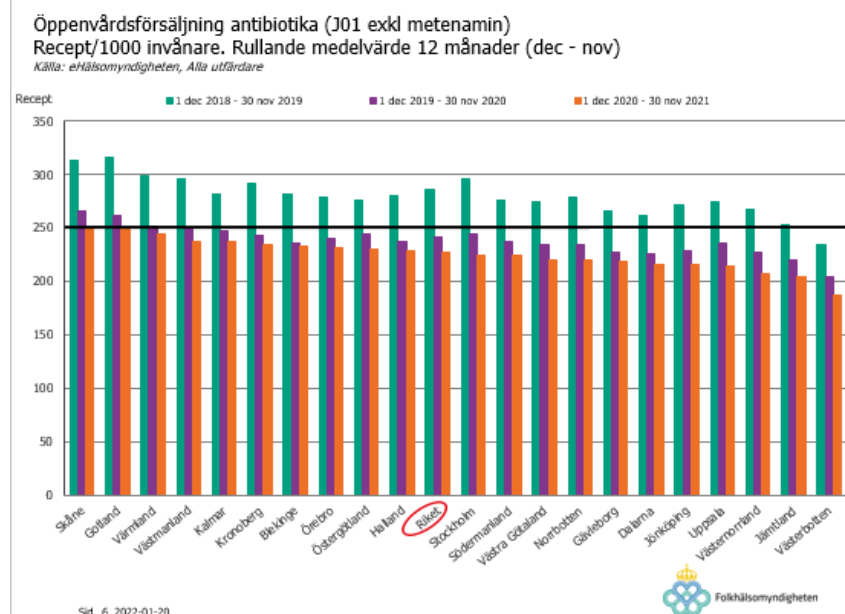
Enligt patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) och föreskriften om Lex Maria (HSLF-FS 2017:40) ska utredning och Lex Maria- anmälan göras skyndsamt efter att en allvarlig vårdhändelse inträffat.

Mål	Resultat 2021	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning	Källa
Alla Lex Maria-ärenden ska registreras som en avvikelser	Uppfyllt till 98 %	Handläggningen av lex Mara ärenden i avvikelssystemet har förbättras	Information och utbildning	Uppföljning per tertial och till PS-berättelsen.	Region Norrbotten	Synergi
Handläggningstider för utredningar enligt Lex Maria ska hållas (2 månader) och kvalitén för händelseanalyser förbättras.	Handläggning: Uppfyllt till 15 %. Medelutredningstid 9 månader. Kvalitet: IVO begärt 12 kompletteringar av 39 anmälda ärenden	Utredningstiderna har ökat på grund av brist på händelseanalysledare vilket genererar kompletteringar från IVO.	Översyn arbetssätt. Information och utbildning.	Uppföljning per tertial och till PS-berättelsen.	Region Norrbotten	Synergi och egen uppföljning

Antibiotikaförskrivningen

Mål; 250 recept per 1000 innevånare

Resultat: För perioden 1 dec 2020-30 nov 2021 var siffran i Norrbotten inom öppenvården 220 (för riket 227) recept per 1000 invånare och år.



Källa: Folkhälsomyndigheten jan 2022

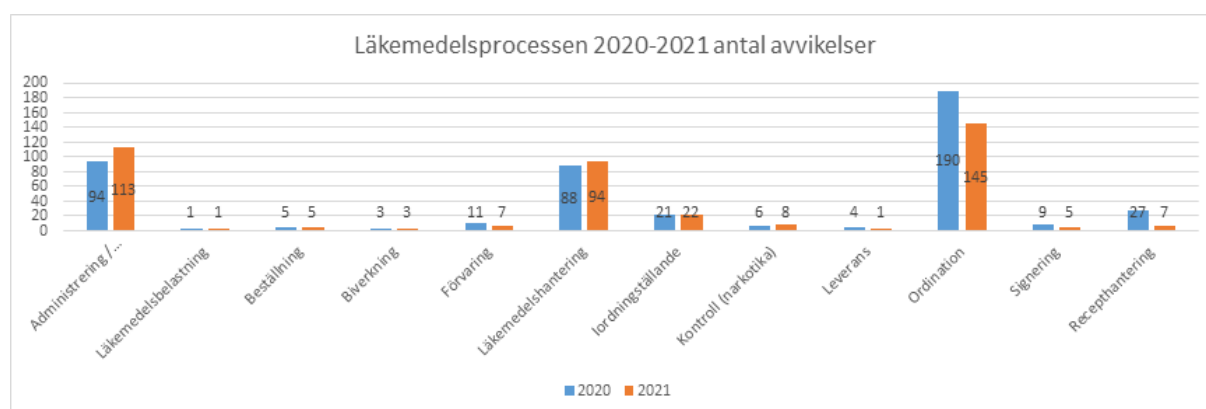
Analys: Regionen har med marginal gått under 250-målet inom slutenvården, den gränsen passerades i oktober 2020 och har sedan fortsatt neråt. Antagligen har pandemin spelat stor roll då minskningen har varit kraftig och skett i hela riket.

Åtgärder: Utdrag från infektionsverktyget baserade på Stramamålen går varje kvartal ut till antibiotikaansvariga läkare i öppenvården.

Förskrivningsdata från Folkhälsomyndigheten (FoHM) vidarebefordras med oregelbundna mellanrum till samma personer. Övergripande statistik går normalt sett ut en gång per år via Smittskyddets Smittsant och via årliga möten med antibiotikaansvariga, dock inte nu under pandemin utan det har för 2021 gått via mailutskick. Pandemin har helt klart påverkat möjligheterna för detta arbete.

Läkemedelshantering

Resultat: Antalet rapporterade läkemedelsrelaterade avvikelser i läkemedelshantering var 391 stycken under 2021.



Källa: Synergi 2021

Analys resultat: Det är ungefär lika många läkemedelsrelaterade avvikelser som förra året men en klar minskning jämfört med 2019. Den pågående pandemin har medfört att färre patienter sökt vård men sannolikt förekommer också en betydande underrapportering av läkemedelsavvikelser. Vårdskada

inträffade i 31 av dessa avvikelser, motsvarande 8 procent. Det är en betydligt mindre andel vårdskador än år 2020, då motsvarande andel var 25 procent. 14 av dessa skador var behandlingskrävande. Förra året var det 17 behandlingskrävande vårdskador. Genomgående utgör brister inom läkemedelsordination och läkemedelsadministrering, de vanligaste avvikelserna i sjukvårdens läkemedelshantering.

Åtgärd: Vårdgivaren ska som ett led i egenkontrollen, enligt 4 kap. 3 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2017:37), säkerställa att hanteringen av läkemedel regelbundet genomgår en extern kvalitetsgranskning. I Region Norrbotten ska kvalitetsgranskningen utföras en gång per år. Syftet är att följa upp att fullgod patientsäkerhet samt arbetssätt enligt föreskrifter och rutiner, upprätthålls i sjukvårdens läkemedelshantering. Regionen har inte kunnat upprätthålla föreskriften 4 kap. 3 § sedan 2019 eftersom personal saknats. Under 2021 genomfördes en enklare form av digital kvalitetsgranskning av primärvårdens läkemedelshantering i regionen. Granskningen genomfördes i enkätform då regionledningen i samband med omställningen beslutat att inte tillsätta personalresurser för genomförande av extern kvalitetsgranskning ute på vårdenheter. Granskning enbart via enkät är inte tillräcklig för att uppfylla föreskriftens krav.

Under året har införandet av den nationella läkemedelslistan fortsatt med E-hälsomyndighetens nya plattform för de nationella läkemedelsregistren med möjlighet till informationsuttag för vård och patienter. Helgen 27-28 november etablerades den tillfälliga plattformen, den så kallade transformatorn. Regionen hade inför detta upprättat en beredskapsplan för att kunna hantera eventuella problem. Det hela gick smärtfritt och beredskapsplanen behövde inte aktiveras.

Uppföljning av åtgärd: Regionledningen kommer under året att ta beslut om de fortsatta formerna för kvalitetsgranskning av läkemedelshantering.

Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.

Är vården säker idag?

Regionen ska sträva mot en god säkerhetskultur, en hög medvetenhet, förmåga och flexibilitet på alla nivåer i att uppmärksamma och agera på störningar och minska risken för att patienter drabbas av vårdskador (Patientsäkerhetsplan, 2020).

Vårdprevention

Riskbedömningar av patienter med risk för fall, trycksår, undernäring, ohälsa i munnen och undernäring ska ske vid inskrivning och vid utskrivning av personer med risk för trycksår, blåsöverfyllnad, munhälsa, fall och undernäring ska ske samt förbyggande åtgärder ska sättas in. Dokumentation mäts vid in- och utskrivningen från regionens vårdadministrativa journalsystem (VAS). Resultatet kan följas upp från enhets- till regionövergripande nivå på regionens ”Uppföljningsportal”.

Mål: Andelen riskbedömningar av personer med riskfaktorer ska öka och minst två förebyggande åtgärder till patienter med risk för trycksår ska vara insatta och dokumenterade.

Resultat: I genomsnitt är det cirka 54 procent av riskpatienterna som får en riskbedömning vid inskrivningen och 45 procent en riskbedömning vid utskrivningen.



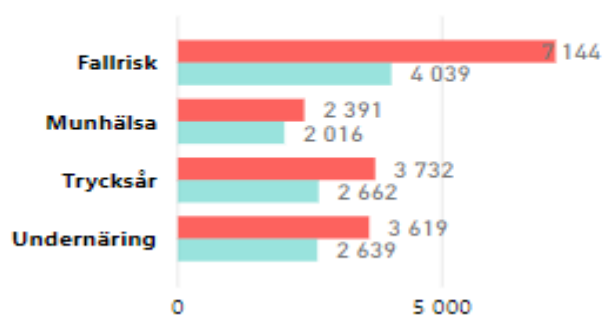
Riskområde	Andel Riskbedömningar					
	Inskrivning			Utskrivning		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021
Fall	62 %	60 %	60 %	49%	49%	50 %
Munhälsa	40 %	38%	37 %	33%	31%	32 %
Trycksår	63 %	63%	67 %	50%	51%	53 %
Undernäring	55 %	52%	51 %	43%	43%	45 %

Källa: Uppföljningsportalen/Riskbedömningar 2022

Av identifierade riskpatienter är det fallrisk som är den vanligaste identifierade risken hos patienter som vårdas inom slutenvården. Därefter kommer trycksår och undernäring

Antal riskpatienter och Antal riskpatienter med åtgärd

● Antal riskpatienter ● Antal riskpatienter med åtgärd



Källa: Uppföljningsportalen/Riskbedömningar 2022

Analys resultat: Resultatet visar att riskbedömningar av riskpatienter vid inskrivningen behöver förbättras. Flest förebyggande åtgärder sätts in vid risk för trycksår och undernäring, men vid fallrisk är det cirka 45 procent som saknar förebyggande åtgärder.

Suicidbedömning

Strukturerad suicidbedömning ingår i ett systematiskt sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete som ska vara en naturlig del av patientmötet. Förutom strukturerad suicidbedömning så är målet att öka antalet patienter som fått fråga om våld i nära relation.

Mål: Antal/Andel patienter med misstänkt depression eller ångestsyndrom som genomgått en strukturerad suicidbedömning ska öka.

Resultat: Strukturerad suicidbedömning mäts genom uttag från journalen via regionens datalager. I divisionen får 28 procent av kvinnorna och 16 procent av männen strukturerad suicidbedömning i jämförelse med regionen får 27 procent av kvinnorna och 35 procent av männen får strukturerad suicidbedömning.

Andel med strukturerad suicidbedömning per år

År ut	Division, anpassad	Antal med diagnos	Antal med åtgärdskod	Andel med strukturerad suicidbedömning
2021	Division Psykiatri	3 352	2 851	85%
2021	Summa:	3 352	2 851	85%

Källa datalagret

Analys av resultat: Divisionens verksamheter har svårt att öka antalet suicidbedömningar och har svårt att framför allt fånga upp män som är i riskzonen. Om en person misstänks ha suicidrisk så genomför vissa avdelningar själva en strukturerad suicidbedömning och andra remitterar personen till psykiatrin som genomför bedömningen.

Åtgärder: Uppföljningar och återrapportering.

Läkemedelsförsörjning

På senare år har det mer frekvent uppstått perioder med leveransbrister på viktiga läkemedel både för slutenvården och öppenvården. Under 2020 ökade problemet kraftigt till följd av pandemin, vilket medförde en omfattande global brist på läkemedel. Många länder byggde upp egna beredskapslager genom att göra mycket stora beställningar. För att möta en överhängande risk att kritiska läkemedel skulle ta slut i Norrbotten och Sverige, agerade regionen genom att tillsammans med övriga regioner, starta inköp till ett nationellt beredskapslager. Utöver detta upprättade regionen egna beredskapslager på strategiska platser. Samtidigt inleddes ett ransoneringsystem för vissa kritiska läkemedel både nationellt och lokalt i regionen. Under 2021 har läget förbättrats betydligt då global produktion och efterfrågan stabiliserats.

Det sjukhusapoteksföretag som har uppdraget att sköta regionens läkemedelsförsörjning hanterar distribution, läkemedelstillverkning och förrådstjänster i enlighet med ett avtal som sträcker sig till 2024 med möjlighet till förlängning. Efter ett turbulent 2020, med byte till ny läkemedelsförsörjare under samtidig pandemi, har 2021 fungerat väl. Dock återstår fortfarande brister i det administrativa ekonomiflödet hos sjukhusapoteksföretaget. Under sommaren har dock regionen haft stora problem med tillverkningsrummen för läkemedelstillverkning på sjukhusapoteket Sunderby sjukhus. Lokalerna, fläktsystemet och tillverkningsbänkarna är snart uttjänta och kommer då inte att kunna garantera säkerheten i läkemedelstillverkningen. Därför har ett analysarbete startat i december med målet att ta fram åtgärdsförslag för att säkra läkemedelstillverkningen.

Vaccindistribution Covid-19

Under julhelgen 2020 levererades den första omgången vaccin mot Covid-19 till regionen. En omfattande vaccinationskampanj inleddes där bokning och logistik behövde detaljplanerats under hela året, eftersom det rådde brist på vaccin samt att Folkhälsomyndigheten rekommenderade vaccination i flera steg beroende på ålder, risksjukdomar och vaccinernas egenskaper. Leveransen av Covid-vacciner sker via en särskild upprättad distributionskedja som för att fungera väl kräver planering och samordning med läkemedelsförsörjare och vaccinationskoordinatorer inom region och kommun. Vaccinationerna fortsätter även under 2022 med en tredje dos till stora delar av befolkningen, och en fjärde dos till utvalda riskgrupper.

Riskhantering

SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

I regionens Patientsäkerhetsplan (2020) står att risker ska identifieras och analysera för att stärka beredskap och hitta åtgärder för att förebygga vårdskador.

Riskhanteringen i regionen består av följande delar;

- Rapportera risker i det dagliga arbetet.
- Riskbedömningar för att identifiera patienter med risk för vårdskador (vårdpreventivt arbete) för att förebygga och sätta in förebyggande åtgärder.
- Identifiera och handlägga legitimerade yrkesutövare som utgör en risk för patientsäkerheten.
- Genomföra riskanalys.

Risker ska rapporteras i avvikelshanteringssystemet och allvarlighetsgraden bedömas. Utifrån allvarlighetsgraden hanteras risken enligt regionens anvisning för riskhantering/rutin för riskanalys. I regionens ledningssystem för systematiskt patientsäkerhetsarbete finns anvisning och rutin för hur risker, riskindivider ska hanteras och hur riskanalys ska genomföras. Den metod som används vid riskanalys är Healthcare Failure Mode Effect Analysis (HFMEA).

Verktyg för riskhantering

Risker identifieras via;

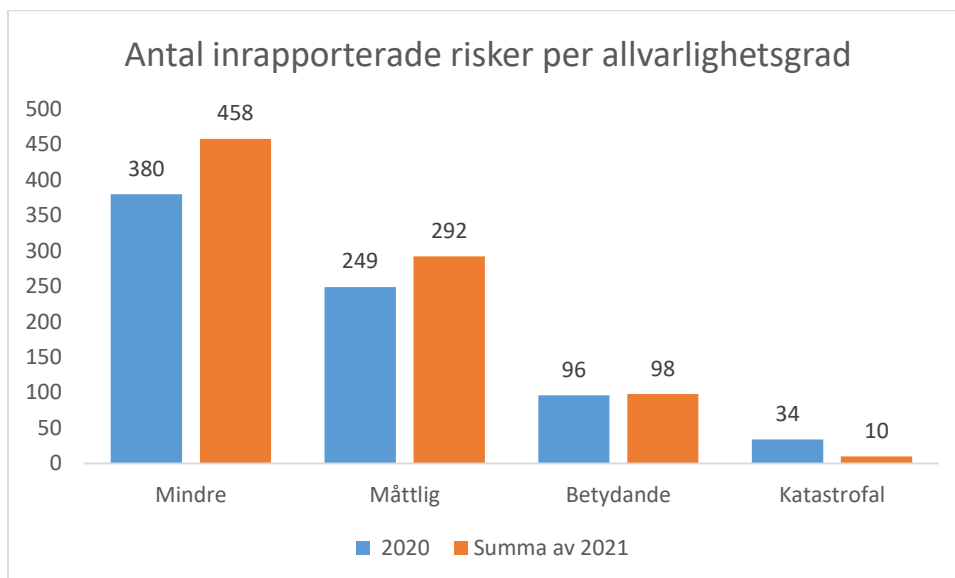
- Förbättringstavlor på enhetsnivå/divisionsnivå och andra visuella verktyg (Gröna korset).
- Risker registrerade i avvikelshanteringssystemet.
- Lex Maria ärenden, patientnämndsärenden, klagomål och synpunkter inkomna från patient/närstående och från Inspektionen för vård och omsorg (IVO).
- Lärdomar av genomförda tillsynsärenden av IVO och revisionsrapporter.
- Patientenkäter
- Alla patienter som är 70 år eller äldre samt övriga patienter med särskild risk ska riskbedömas i omvårdnadsanamnesen i regionens vårdadministrativa journalsystem (VAS). Riskbedömningen omfattar patienter med risk för fall, trycksår, UVI, blåsöverfyllnad, ohälsa i munnen och undernäring.

Bedömnings-/riskbedömningsskalor som stöd i den kliniska bedömningen;

- National Early Warning Score (NEWS och NEWS2).
- Löfs checklista för säker kirurgi.
- Riskbedömningsstödet R2 för Folktandvården är en bedömning av individens riskprofil för att utveckla sjukdomar i munnen värderas vid varje undersökning.

Inrapporterade risker i avvikelshanteringssystemet

Resultat; 2021 rapporterades totalt 858 risker jämfört med 2020 då 759 risker rapporterades.



Källa: Synergi 2021

Analys resultat: Att antalet inrapporterade risker ökar ger regionen möjlighet att arbeta proaktivt genom att vidta förebyggande åtgärder. Andelen katastrofala risker har minskat och utgör 1 procent av totala andelen rapporterade risker, vilket också är en minskning jämfört med tidigare år. Oroande är dock att se att antalet inrapporterade risker som inte omhändertagits ökar. Möjlig orsak kan vara den ansträngda situationen i vården.

Allvarlighetsgrad	2019	2020	2021
Katastrofal	3%	5%	1%
Betydande	12%	14%	14%
Måttlig	30%	37%	43%
Mindre	54%	56%	67%

Källa: Synergi 2022

Vanligaste risken är relaterat till händelser som rör vård och behandling, brister i kommunikations- och informationsöverföring och läkemedel.

Åtgärder: De rapporterade riskerna behöver omhändertas så allvarliga risker identifieras

Uppföljning resultat: Återkommande uppföljning av inrapporterade risker

Risikanalys

Antalet genomförda riskanalyser bygger på uppgifter från divisionernas patientsäkerhetsberättelser.

Dokumenterade riskanalyser för 2021 var en riskanalys.

Risikanalyser 2021

- Regionstyrelsens internkontrollplan för 2021 har tagits fram genom riskanalys av området lagar, förordningar, regler, riktlinjer, anvisningar, rutiner, rapportering, verkställighet och etik. Utifrån riskanalysen har en internkontroll av följsamheten till den styrande anvisningen för systematiskt patientsäkerhetsarbete identifierats.
- En regionövergripande riskanalys är genomförd inom området ”Upphandling av vård” som del i arbetet med att förkorta värdköer, inte minst vad gäller planerade operativa ingrepp.
- Inom Folk tandvården har risk- och konsekvensanalyser utförts inom följande områden: inför införande av webbtidbokning, i samband med försök med nya arbetstider och inför verksamhetsområdesförändring (öppethållande av kliniker i område).
- Under året har verksamheter genomfört riskanalyser för att kunna göra omfördelning av resurser till epidemivården.

Division Funktion har genomfört riskanalys;

- Inför sommaren
- Nytt arbetssätt med sköterskor som bedömer MR remisser
- Tillfälliga personalscheman
- Nya/förändrade lokaler

Identifiera legitimerade yrkesutövare som utgör en risk för patientsäkerheten

Regionen kontrollerar legitimerade yrkesutövare i samband med anställning/inhyrning/sakkunnigprövning, men även löpande. Meddelanden om förändringar stäms av var 14:e dag enligt gällande rutin. Rutiner finns i ledningssystemet för handläggning av anmälan av legitimerad personal till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Samlad analys riskhantering

Många enklare riskanalyser har genomförts senaste året, men väldigt få rapporteras in i avvikelshanteringssystemet. Ett problem är att det finns få utbildade personer i verktyget Riskanalys. De analyser som genomförs på enheterna, görs enligt enklare modell. Verktyg för Riskanalys finns, men det används mycket sparsamt. Bättre uppföljning krävs så man får en överblick vilka riskanalyser som genomförts och kan sprida lärandet.

Införandet av verktyget ”Gröna korset” har skett på bred front i regionen och gör att risker i det dagliga arbetet identifieras och åtgärdas.

Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.



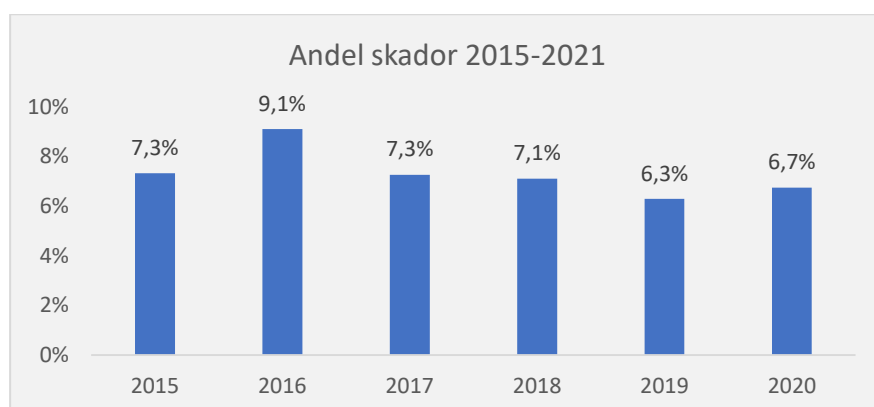
I vilken mån förbättras system och arbetssätt utifrån tillgänglig information

I regionens Patientsäkerhetsplanen (2020) är målet att regionen ska använda information från olika källor för att analysera och sprida lärande av erfarenheter för att utveckla patientsäkerheten.

Markörbaserad journalgranskning sluten somatisk vård

Mål: Andelen vårdskador ska minska och vara < 6,5 procent.

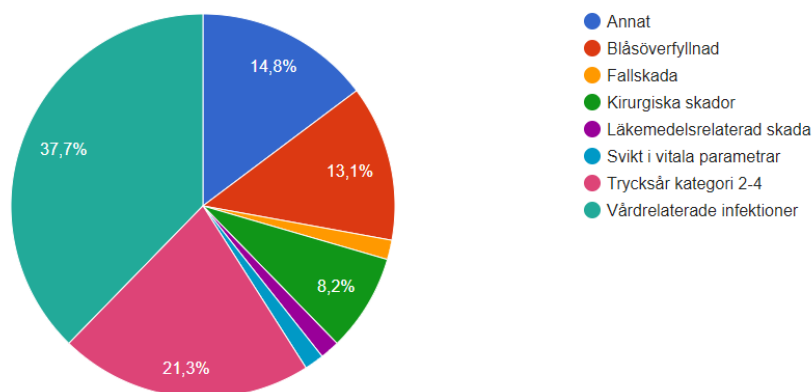
Resultat: Totalt granskades 846 vårdtillfällen 2020 och andelen patienter som drabbades av en eller flera vårdskador uppgår till 6,7 procent vilket är en ökning från 2019 då andelen vårdskador låg på 6,3 procent.



Källa: Nationell databas för Markörbaserad journalgranskning 2021

Det största vårdskadeområde är vårdrelaterade infektioner.

Andel skador per skadegrupp av totala antalet skador, Gällivare sjukhus, Kalix sjukhus, Kiruna sjukhus, Piteå sjukhus, Sunderby sjukhus, från 2020-01 till 2020-12



Källa: Databas för Markörbaserad journalgranskning 2021

Analys resultat: Regionens mål om en andel vårdskador under 6,5 procent har inte uppnåtts. Andelen vårdtillfällen med vårdskada är 6 procent, vilket är en ökning från 5 procent 2019. Det är en större andel kvinnor (7 procent) som drabbas av vårdskada jämfört med män (5 procent). Kvinnor drabbas av vårdrelaterade infektioner (VRI) medan män till största delen drabbas av trycksår och VRI. Vanligaste vårdskadan hos personer 18-64 år är blåsöverfullnad och VRI. För personer 65 år och äldre, dominerar VRI och trycksår.

Det största vårdskadeområdet vid journalgranskning är vårdrelaterade infektioner (VRI) och den vanligaste VRI är vårdrelaterad urinvägsinfektion. VRI är den skada som i cirka 50 procent av fallen orsakar förlängd vårdtid. Upp till 50-60 procent av VRI bedöms vara undvikbara genom strikta basal hygien- och klädrutiner (BHK) och förebyggande åtgärder. Andelen trycksår har också ökat vilket stämmer överens med resultatet i den nationella punktprevalensmätningen (PPM) av trycksår. Det är en större andel kvinnor (7 procent) som drabbas av vårdskada jämfört med män (5 procent). Kvinnor drabbas av vårdrelaterade infektioner (VRI) medan män till största delen drabbas av trycksår och VRI. Vanligaste vårdskadan hos personer 18-64 år är blåsöverfullnad och VRI. För personer 65 år och äldre, dominerar VRI och trycksår.

Åtgärder: Resultat sammanställt och publicerat i ledningssystemet.

Uppföljning av åtgärder: Uppföljning och återkoppling i ledningsgrupper av resultat.

Markörbaserad journalgranskning öppen och slutet psykiatrisk vård

Inom psykiatriens öppen- och slutenvård granskades under 2020 339 patienter. Andel patienter med vårdskada var 3 procent. De vanligaste bristerna som upptäcktes var relaterat till avsaknad av vårdplan, avsaknad av fast vårdkontakt och läkemedelsrelaterade händelser.

Journalgranskning Covid-19 vårdtillfällen

Regionen har deltagit i en nationell granskning av vård för Covid-19-patienter som samordnades av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Med hjälp av metoden Markörbaserad journalgranskning (MJG) har journalgranskning genomförts av ett slumpmässigt urval av vårdtillfällen av patienter som vårdats för Covid-19 inom somatisk slutenvård under perioden 1 mars – 30 juni 2020. Syftet med journalgranskningen var att öka kunskapen om risker och inträffade skador under pandemin. Granskningen genomfördes under våren 2020 och resultatet analyserades 2021.

Resultat: I Norrbotten granskades 119 vårdtillfällen för Covid-19-patienter (48 kvinnor och 71 män) under aktuell granskningsperiod. Medelåldern var 65 år och medianåldern 68 år. Yngsta patienten var född 2019 och äldsta 1929. I granskningen identifierades 25 skador, vilket motsvarar en skadefrekvens på ca

17,5 procent, vilket är något lägre än skadefrekvensen på nationell nivå. Vanligaste skadeområden var trycksår och vårdrelaterade infektioner. Medelvårdtiden för patienter utan skada var 8,5 vård dagar och med skada 21,5 vård dagar. För Norrbotten var det ca 25 procent av patienterna som vårdades inom intensivvården, och totalt avled 9 procent av de patienter som granskades.

Analys resultat: Norrbottens resultat är jämförbart med det nationella resultatet. I jämförelse med det nationella resultatet ses en lägre total skadefrekvens och färre avlidna. Andelen Covid-19- patienter som vårdades inom intensivvården var högre i Norrbotten jämfört med nationellt, men vid analys av resultatet framkommer otydligheter vad gäller dokumentation för klassificering av intensivvård respektive intermediärvård.

Internkontroll av det systematiska patientsäkerhetsarbetet

Internkontrollen utfördes december 2021 och resultatet återrapporteras till regionstyrelsen i februari 2022.

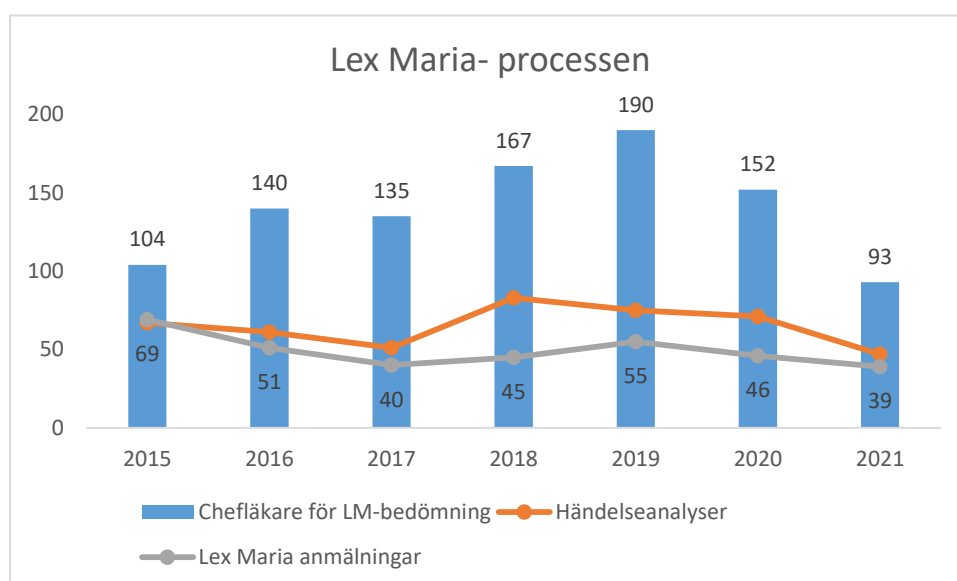
Resultat: Resultatet visar att följsamheten till anvisningen för området i genomsnitt ligger på 59 procent. Generellt över år ses en förbättrad kvalitet på dokumentationen. Alla granskade avvikelser var riskbedömda och de avvikelser som utreddes hade alla utredningen bifogad. I beskrivningar och handlingar var involverade personer avidentifierade nästan till 100 procent.

Brister identifierades inom följande områden:

- Bristande information till verksamhetschef om inträffad allvarlig vårdskada (64 %).
- Chefläkare med lex Maria -ansvar blir inte kontaktad för att göra en bedömning om lex Maria-anmälan ska göras (45 %).
- Brister i informationsskyldigheten att informera närstående om inträffad händelse och att utredning kommer att göras (30 %).
- Utredning/händelseanalys genomförs inte i den utsträckning som lagar/föreskrifter beskriver (33 %).
- Brister i dokumentation av uppföljningen av handlingsplanen (0 %)

Lex Maria

Resultat: Under 2021 har Region Norrbotten anmält 31 händelser enligt Lex Maria.



Källa: Nitha, Synergi och egen uppföljning 2021

Nedan presenteras vanligaste orsakerna till lex Maria anmälan;

- Fallskada utgör 30 procent av totalt anmälda händelser
- Fördröjd diagnos utgör 16 procent av totalt anmälda händelser

- Suicid utgör 14 procent av totalt anmälda händelser

Analys resultat: Antalet lex Maria- ärenden, bedömningar och utredningar har minskat 2021 jämfört med tidigare år. En delorsak bedöms vara brist på analysledare. Andelen fallskador har ökat och andelen suicid minskat jämfört med 2020.

Åtgärd: Ökning av antalet fallskador har återrapporterats till Kunskapsstyrningsrådet i regionen som gav patientsäkerhet i uppdrag att ta fram informationsmaterial till arbetsplatsträffar och förslag på utbildningsinsatser för förebyggande åtgärder. Information och material skickades ut maj 2021 och publicerades i ledningssystemet. Tre enheter där fallskador var vanligt förekommande informerades och ombads pilottesta utbildnings- och informationsmaterialet.

Uppföljning åtgärd: Uppföljning via ”Uppföljningsportalen” och via avvikelshanteringssystemet samt av lex Maria ärenden.

Tillsynsärenden

Mål: Tillsynsärenden från Inspektion för vård och omsorg (IVO) ska ingå i det systematiska patientsäkerhetsarbetet, bidra till lärandet och registreras i regionens avvikelshanteringssystem.

Resultat: Under 2021 inkom 14 tillsynsärenden. Det är tre ärenden mindre jämfört med 2020.

- 4 tillsynsärenden är riktade till barn- och ungdomspsykiatri
- 4 ärenden primärvården
- 2 ärenden akutmottagning
- 1 ärende var riktade mot vårdhygien, vuxenpsykiatri, laboratoriemedicin och rättspsykiatri

Analys resultat: I fyra ärenden identifierade IVO inga brister. I två ärenden har brister identifierats och för de övriga ärendena har beslut inte kommit.

Åtgärder resultat: Sedan 2020 har alla tillsynsärenden registrerats som identifierade risker i avvikelshanteringssystemet för att kunna följas upp och ingå i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Uppföljning resultat: Uppföljning av identifierade risker och utvärdering av åtgärder via avvikelshanteringssystemet.

Nationella kvalitetsregister

Region Norrbottens olika hälso- och sjukvårdsverksamheter deltar i ett flertal olika nationella kvalitetsregister, vilket skapar goda förutsättningar för omvärldsanalys, uppföljning och identifiering av förbättringsområden för att hela tiden utveckla vården, och leverera medicinskt högkvalitativa och patientsäkra metoder för utredning, behandling och uppföljning.

Löf-ärenden

Regionen tar del av den statistik Löf tar ut på anmälda ärenden. Alla ärenden från Löf ska registreras i regionens avvikelshanteringssystem och ingå i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Resultat:

Anmälningsår	Totalt antal anm	Ersatta	Ej ersatta	Under handläggning
2018	478	212	265	1
2019	485	211	266	8
2020	464	212	240	12
2021	488	125	159	204

Källa: Löf 2021

Analys resultat: Nästan 50 procent av inkomna anmälningar har lett till utbetalning av ekonomisk ersättning. Det betyder att i hälften av fallen har Lof bedömt att skadan varit undvikbar. År 2021 registrerades 249 ärenden i regionens avvikelshanteringssystem. Registreringen av ärenden ökat med 245 2021, från fyra registrerades Lof-ärenden i Synergi2020. Det visar att Lof-ärenden i allt högre grad registreras i avvikelssystemet på ett korrekt sätt, och därmed också ingår i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Avvikelse

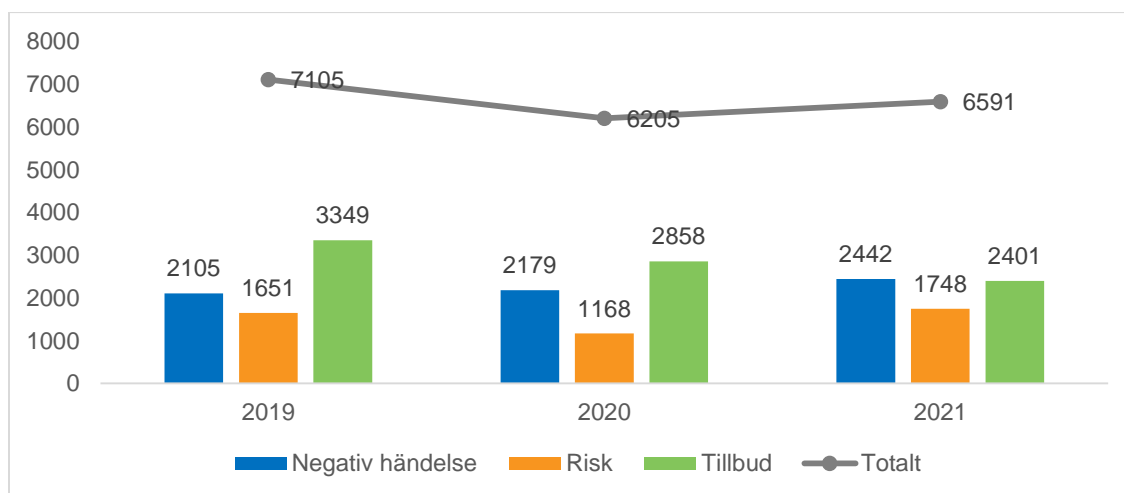
PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

Regionen har som mål att antalet avvikelser ska öka som ett tecken på en hög säkerhetskultur. och att hälso-, sjuk- och tandvårdspersonalen rapporterar avvikande händelser. Avvikelse rapporteras i IT-stödet Synergi. Alla medarbetare ska ha kunskap om rapporteringsskyldigheten och ett utbildningsstöd finns på regionens webb. I ledningssystemet för systematiskt patientsäkerhetsarbete finns regionens anvisning för systematiskt patientsäkerhetsarbete som beskriver medarbetarnas rapporteringsskyldighet handläggning, ansvar och roller.

Varje enhet har själv möjlighet att ta ut sina egna resultat från avvikelshanteringssystemet. Återkoppling till rapporterande medarbetare sker automatiskt via IT-stödet för avvikelshantering när avvikelser är handlagd. Enhetens avvikelser tas även upp på arbetsplatsträffar. Sedan 2017 pågår implementeringen av ”Gröna korset”. Fler och fler verksamheter har börjat använda verktyget i sin dagliga styrning för att fånga upp risk/tillbud för vårdskada och/eller inträffade vårdskador. Utifrån inträffad händelse bedöms ifall en avvikelser ska skrivas eller om händelsen blir underlag för förbättringsarbete.

Mål: Avvikelse ska användas i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Resultat: Antalet registrerade patientrelaterade avvikelser har ökat 2021, främst inom områdena vårdskada (negativ händelse) och patientrelaterade risker.



Källa Synergi 2021

Flest avvikelser återfinns inom vård och behandling, information/kommunikation och labb-relaterade avvikelser.

Händelse/iakttagelse	2021
Vård- och behandling	1807
Information/kommunikation	613
Labrelaterat	647
Fall	474
Läkemedel	403
Vårdplanering	206

Samverkan mellan enheter	160
Bemötande	104

Källa Synergi 2021

Analys resultat:

Patientsäkerhet har utfört en samlad analys av alla avvikelser med syfte att kartlägga de vanligaste bakomliggande orsakerna till vårdskador i regionen. Resultatet presenteras i storleksordning för båda kolumnerna. Analysen visar att brister i procedurer, rutiner och riktlinjer ofta handlar om att avsteg görs från rutiner/instruktioner och bruksanvisningar. Information och kommunikation brister vid samarbetet och med patient/närstående.

Vanligaste bakomliggande orsaken till vårdskada 2021	
1. Brister i procedurer, rutiner och riktlinjer (4853 avvikelser)	Avsteg från rutiner/instruktioner/bruksanvisning Ouppmärksamhet Bristande/avsaknad av kontroll/identifiering Bristande/avsaknad av planering och observation Bristande/avsaknad av rutiner/instruktioner/bruksanvisning
2. Brister i kommunikation och information (2582 avvikelser)	Bristande/avsaknad av kommunikation/samarbete Bristande delaktighet/medverkan av patient/närstående Bristande överrapportering
3. Brister i omgivningen (1124 avvikelser)	Bristande bemanning För många samtidiga arbetsuppgifter Psykosocial stress
4. Brister i utbildning och kompetens (570 avvikelser)	Bristande/avsaknad av bedömning/beslut Bristande/avsaknad av utbildning inom visst arbetsmoment Bristande introduktion på arbetsplats
5. Brister i teknik, utrustning och apparatur (294 avvikelser)	Funktion - Andra tekniska fel Tillgång - Begränsad tillgänglighet till utrustning Rutiner/instruktioner/bruksanvisning - Bristande kontroll/skötsel
6. Brister i barriärer och skydd (102 avvikelser)	Hinder - Tekniska/fysiska hinder Hinder - Symboliska hinder Hinder - Administrativa hinder

Exempel från verksamheten på hur man arbetar med avvikelser

- Första linjens chef tar emot avvikelserrapporten och gör den primära bedömningen. Vid avvikelse av allvarlig grad (beslutsstöd finns i Synergis trafikljusmodell) eller som berör läkare skall verksamhetschefen vidtalas. Detta sker genom mail som genereras från Synergi. Verksamhetschefen/MLA eller enhetschef tar kontakt med chefsläkare vid allvarliga händelser ”röda” om bedömning om Lex Maria anmälan.
- En avvikelsegrupp är tillskapad med chefer, läkare och avvikelsehandläggare. Denna grupp träffas månadsvis för att analysera avvikelser och arbeta förebyggande gällande patientsäkerhet
- Enheterna genomför dagliga planerings- och avstämningsmöten och använder Gröna korset. I samband med dessa diskuteras de risker och händelser som inträffat under dagen. Beslut tas om händelserna ska hanteras som förbättringsförslag eller om de ska betraktas som avvikelser.
- Via stående punkten ”Månadens avvikelse” vid möten för Folkvandvårdens ledning lyfts händelser som ska spridas vidare till alla kliniker i länet för lärande. Vid händelser som inkluderar lex Maria speglas även dessa på Folkvandvårdens Insida när pressmeddelande går ut om anmälan. Fokus ska alltid vara på händelsen och aldrig på enskilda medarbetares agerande: att lära av det som inträffat för att minska risken för återupprepning.
- Vårdavdelningarna har infört Gröna Korset dagligen. I dessa forum sker dialog om uppkomna händelser, risker och vårdskador som inträffat under arbetspasset. På ortopedien har man även infört

Gröna brevet som är en summering av patientsäkerhetsrisker och vårdskador som skett under månaden.

- Avvikelser skrivs av medarbetare inom 24 timmar med beskrivning av händelsen. Journalgranskning genomförs av vårdchef vid behov vilket sedan återkopplas till direkt berörd person.
- Samtliga inkommande avvikelser och förbättringsförslag till divisionen sammanställs varje månad till divisionsledningen. Här följs bland annat de vanligaste avvikelserna och trender. Vid sammanställningen varje månad så bevakas också om det finns allvarliga tillbud, risker eller negativa händelser som inträffat.

Klagomål och synpunkter

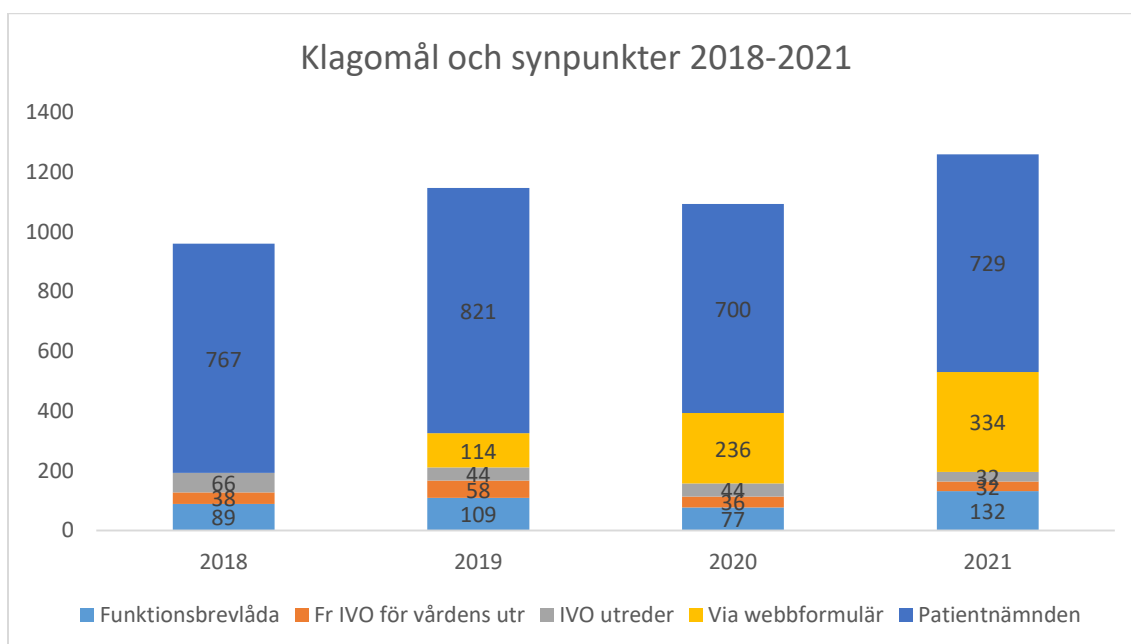
SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 3 a § och 6 §, 7 kap. 2 § p 6

Alla klagomål och synpunkter ska registreras och handläggs i regionens IT-stöd Synergi för avvikelshantering oavsett varifrån de kommer.

- Via mail till regionens Funktionsbrevlåda för klagomål och synpunkter.
- Via webbformulär kopplat till IT-stödet för avvikelshantering.
- Via Patientnämnden.
- Via Inspektionen för vård och omsorg (IVO) både begäran om handlingar och överlämnande av klagomål till vårdgivaren.
- Via brev eller mail.
- Direkt till vårdpersonalen eller via brev/telefonkontakt.

I ledningssystemet för systematiskt patientsäkerhetsarbete finns anvisning, rutiner och stöd för arbetet. Klagomålen kategoriseras sedan 2019 på samma sätt som patientnämnden, vilket möjliggör jämförelser av resultat och analyser. Sedan 2019 finns ett webb-formulär där patienter/närstående kan lämna klagomål och synpunkter direkt till berörd enhet/verksamhet. Webbformuläret är kopplat till IT-stödet Synergi för avvikelshandlingen.

Resultat: Antalet klagomål totalt har ökat 2021 till 1259 stycken jämfört med 1093 2020.



Källa Synergi 2021

Övervägande delen av inkomna klagomål direkt till vården handlar om brister som rör Covid-19-vården. 33 procent av inkomna klagomål via Funktionsbrevlåda är klagomål riktade mot vaccination,

provtagning för Covid-19 eller Covid-information. 16 procent av klagomålen handlar om brister i vård och behandling och 13 procent om vårdansvar och organisation.

Identifierade brister i de klagomål som inkommit från IVO med begäran om yttrande/handlingar.

Klassifikation	2021
vård och behandling	72%
kommunikation	9%
Vårdansvar och organisation	6%
Omvårdnad	3%
resultat	3%
vårdansvar och organisation	3%
ekonomi	3%
Totalsumma	100%

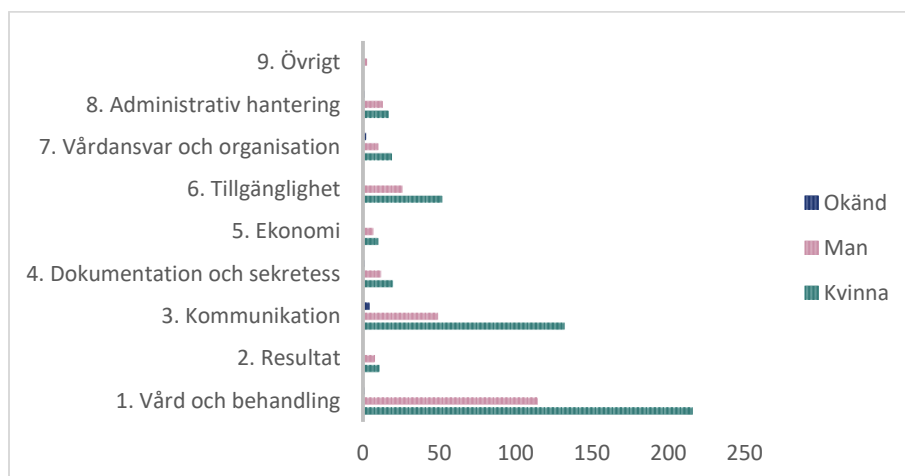
Nedan presenteras de klagomål som inkommit från IVO där klagomålet överlämnas över till vårdgivaren för utredning.

Klassifikation	2021
Vård och behandling	40%
Kommunikation	20%
Diagnos	13%
Vårdansvar och organisation	10%
Tillgänglighet	4%
Resultat	3%
Omvårdnad	2%
Dokumentation och sekretess	2%
Patientjournal och sekretess	2%
Ekonomi	1%

Klagomål inkomna till Patientnämnden

Under 2021 inkom 729 ärenden till patientnämnden som gällde regionfinansierad vård. Det är 4 procent fler än föregående år. Ärendeinströmning, fördelning mellan verksamheter och innehåll i ärenden har även i år påverkats av den rådande situationen med Covid-19 inklusive pågående vaccinationsverksamhet. Som tidigare år gäller en majoritet av ärendena kvinnor (66 procent).

Synpunkter och klagomål gällande vård och behandling utgör 45 procent av ärendena, följt av ärenden som gäller olika brister inom kommunikation (25 procent) och tillgänglighet (11 procent).



Tabell 1. Kategorisering av inkomna ärenden avseende antal och könsfördelning.

Under 2021 har patientnämnden fortsatt att märka upp ärenden som handlat om covid-19-relaterad vård inklusive vaccinationer. 31 ärenden har relateras till Covid-19 och 13 ärenden har gällt synpunkter

kring vaccination. Många av ärendena gäller upplevda brister i information gällande provtagning och bokning av vaccination samt oklarheter kring tolkning av restriktioner och vårdens rutiner.

Analys av resultat: Antalet klagomål från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har successivt minskat de tre senaste åren. Klagomål från patientnämnden ligger ganska konstant med en ökning på fyra procent 2021 jämfört med 2020. Den största ökningen ses av de ärenden som går direkt till regionen/verksamheten. Där ses en ökning från 2020 till 2021 med 33 procent. Resultatet tyder på att regionen uppfyller de krav lagförändringarna i klagomålshanteringen kräver och som genomfördes 2018, att klagomål och synpunkter på vården i första hand ska tas om hand och besvaras av den verksamhet som klagomålet är riktat till.

I många av ärendena har åtgärder och förbättringar kunnat vidtas snabbt. Klagomålen har varit betydelsefulla när nya arbetssätt och strukturer tagits fram. Bland annat har synpunkter på den information som lagts ut på webbsidor, med hjälp av inkomna klagomål, omedelbart ändrats eller förtydligats.

Åtgärder: Säkerställa att anmälaren får återkoppling i sitt ärende och att ärendet handläggs inom den tidsperiod (inom 4 veckor) som gäller för klagomål från patienter och närstående. Tydligare dokumentation skulle kanske också kunna visa på om åtgärder och återkoppling skett i större utsträckning än vad som ses i avvikelserna.

Alla klagomål som berört covid-19-vaccination har skickats till berörd vaccinationsenhet som handlagt ärendet och arbetat med åtgärder. Klagomål som berör samordning och organisation på övergripande nivå har handlagts av chefläkare/regionchefläkare med övergripande organisatorisk ansvar, i samverkan med patientnämnden.

Under år 2021 har patientnämnden sammanställt inkomna ärenden som relaterar till Covid-19 i en rapport som redovisades till nämnden och publicerades under första kvartalet 2021. Rapporten överlämnades sedan till Sveriges patientnämnder och resulterade i gemensam nationell rapport som publicerades under våren 2021.

Patientnämnden har också under året, på uppdrag av Inspektionen för vård och omsorg (IVO) gjort en analysrapport gällande barn och unga 0-17 år.

Rapporterna finns publicerade på region Norrbottens hemsida:

<https://www.norrbotten.se/sv/Demokrati-och-insyn/Sa-styrs-landstinget/Patientnamnden/Protokoll-och-rapporter/>

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som *resiliens*.

Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden

Regionen ska identifiera och analysera risker för att stärka beredskap och hitta åtgärder för att förebygga vårdskador.

Läkemedelsgenomgång för äldre och läkemedelsstöd

Läkemedelsgenomgångar och läkemedelsstöd i sjukvården syftar till att länets patienter ska få rätt läkemedelsbehandling när de behöver den. En läkemedelsgenomgång innebär kartläggning av patientens samtliga ordinerade och använda läkemedel i syfte att säkerställa en korrekt och aktuell läkemedelslista. Det finns två olika läkemedelsgenomgångsmodeller, enkel läkemedelsgenomgång och fördjupad läkemedelsgenomgång.



Mål: Region Norrbotten har som mål att 50 procent av patienterna i primärvården, som är 75 år eller äldre och har minst fem läkemedel, ska ha minst en journalförd läkemedelsgenomgång per år. Detta mäts genom att man räknar fram andelen patienter där det finns ett sökord för läkemedelsgenomgång i journalen.

Resultat: Antal patienter 75 år eller äldre med minst fem läkemedel, som har en journalförd läkemedelsgenomgång via sökordet, var 361 stycken, vilket motsvarar 36 procent av hela målgruppen, jämnt fördelat mellan könen.

Analys resultat: Det är en ökning på en procentenhet jämfört med föregående år. Resultatet i olika områden i regionen varierar stort. Eftersom måttet endast är ett sökord går det inte att bedöma om eller hur läkemedelsgenomgång utförts, eller kvaliteten på denna. Det är även så att läkemedelsgenomgångar genomförs utan att detta registreras under rätt sökord. Detta innebär att det är svårt att med säkerhet bedöma i vilken grad målet är uppnått.

Åtgärd: För att förbättra patientsäkerheten i läkemedelsanvändningen, hos de patientgrupper där behovet är störst, genomför regionens apotekare fördjupade läkemedelsgenomgångar på sjukhusens vårdavdelningar samt i primärvården. En fördjupad läkemedelsgenomgång innebär att problemen med läkemedelsbehandlingen uppmärksammas strukturerat och att åtgärdsförslag tas fram med syfte att förbättra patienternas livskvalitet samt förebygga sjukhusinläggning och andra vårdåtgärder. Under året har apotekare arbetat på två vårdavdelningar samt två hälsocentraler, och där genomfört fördjupade läkemedelsgenomgångar på sammanlagt 410 patienter. Detta kan jämföras med år 2019, då 1 819 fördjupade läkemedelsgenomgångar genomfördes inom flera verksamheter.

Det är oroande att vi även detta år ser en fortsatt sjunkande trend avseende fördjupade läkemedelsgenomgångar. En orsak är att sjukvården, till följd av pandemin, de senaste två åren haft stort fokus på vård av patienter med covid-19. Detta har medfört att andra vårdåtgärder, såsom läkemedelsgenomgångar, har fått nedprioriteras. Det omfattande arbetet med vaccination av befolkningen, omställningen av regionens organisation, och arbetet med kommande journalsystem F-VIS, har också medfört att fördjupade läkemedelsgenomgångar fått stå tillbaka då regionens apotekare engagerats i andra uppdrag under året.

Regionens hälsocentraler och vårdcentraler fick, under året, fortsatt del av läkemedelskommitténs läkemedelsstöd. Det innebär att de får stöd med läkemedelsvärdering och statistik på läkemedelsförskrivning och måluppföljning från läkemedelskommitténs apotekare.

Läkemedelsberättelse

Riktlinjerna för läkemedelsberättelse omfattar patienter 75 år eller äldre som är ordinerade minst fem läkemedel. Syftet med riktlinjerna är att patienten vid utskrivning från slutenvård ska delges en fullständig och korrekt läkemedelslista med en läkemedelsberättelse som beskriver syfte och mål med läkemedelsbehandlingen, eventuella ordinationsändringar och vad patienten kan förvänta sig för resultat.

Mål: 70 procent av andel utskrivna patienter i målgruppen 75 år och äldre med mer än 5 läkemedel, som fått en läkemedelsberättelse

Resultat: 75 procent av utskrivna patienter i målgruppen 75 år och äldre med mer än 5 läkemedel, hade fått en läkemedelsberättelse

Analys av resultat: År 2021 uppgick antal patienter med sökbar läkemedelsberättelse i journalen till 4 319 stycken vilket motsvarar 75 procent av målgruppen, jämnt fördelat mellan könen. Det är en förbättring

med åtta procentenheter jämfört med föregående år. Förekomsten av läkemedelsberättelse i journalen varierar stort beroende på inom vilken verksamhet vården skett. Målet för 2021 har därmed uppnåtts.

Åtgärd: Vid dokumentation i journalsystemet ska läkemedelsberättelsen kopplas till ett sökord.

Uppföljning av åtgärd: Målet för 2022 är nu höjt till 80 procent.

Patientsäkerhetsrisker för patienter som vårdas på akutmottagningen i väntan på en vårdplats

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har i ett pågående tillsynsärende identifierat patientsäkerhetsrisker för de patienter som vårdas kvar på akutmottagningen i väntan på en vårdplats inom slutenvården.

Åtgärder: Tvärprofessionellt flödesarbete uppstartat ”Bättre flöden för akuta patienter” i samverkan med berörda verksamheter vid Sunderby sjukhus, under oktober 2021”. En beskrivning av nuläge är genomförd och analys av bakomliggande orsaker. Förslag har tagits fram på mål och åtgärder som syftar till att påverka underliggande orsaker på kort och lång sikt.

Uppföljning åtgärder: Ledningen planerar och förankrar de åtgärder som behöver genomföras. Tät uppföljning och visualisering av hur det går och om det behövs stöd för genomförande någonsans. Ansvariga chefer ansvarar för att fortsätta driva utvecklingsarbetet på akutmottagningen, och varje verksamhetsområde har ett ansvar att fortsätta driva sina utvecklings- och förbättringsarbeten.

Patientsäkerhetsrisker inom primärvården

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har i ett tillsynsärende identifierat patientsäkerhetsrisker inom primärvården.

Resultat: Identifierade risker

- Det saknas en systematisk egenkontroll för att identifiera och åtgärda patientsäkerhetsrisker.
- Regionen tar inte ansvar för att planerade uppföljningar av patienters vård och behandling genomförs.
- Regionen säkerställer inte att förskrivningar av läkemedel uppfyller krav i lagar och föreskrifter.
- Regionen säkerställer inte att bevakning av remisser sker.

Åtgärder: En handlingsplan är upprättad med förslag på åtgärder.

Uppföljning åtgärder: Uppföljning av handlingsplan och uppföljning av vidtagna åtgärder samt följsamhet till åtgärderna enligt handlingsplanen

Risker i den medicinska vården av äldre med Covid-19 på särskilda boenden

I december 2020 kom beslut från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) i en nationell inspektion som riktades mot kommuner och regioner med anledning av pågående smittspridning av Covid-19 i Sverige. Tillsynen fokuserade på medicinsk vård och behandling för äldre som bor på särskilda boenden.

Resultat: I beslutet från IVO identifierades följande brister hos Region Norrbotten:

- Äldre som bor på särskilt boende har inte fått vård och behandling utifrån den enskildes behov vid misstänkt eller konstaterad Covid-19.
- Ställningstagande om och genomförande av vård i livets slutskede har inte skett i enlighet med gällande regelverk för äldre som bor på särskilt boende.
- Det går inte att följa vården och behandlingen till äldre som bor på särskilt boende som haft misstänkt eller konstaterad smitta av Covid-19 på grund av brister i primärvårdens patientjournaler.

Åtgärder: Handlingsplan med åtgärder är upprättad och ska tas tillvara i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Uppföljning åtgärd: Uppföljning av åtgärder i handlingsplan.

Träning/simulering för att öka beredskapen

Inom verksamhetsområde barnsjukvård har man tillsammans med Umeås CEPS-team hållit två dagar med fullskalesimulering av svårt sjuka barn med video debriefing, detta var riktat till barnläkare och personal på neonatalavdelningen samt narkosläkare. Vanligtvis genomförs CEPS-utbildning i samarbete med ob/gyn och narkosen, men det har inte kunnat genomföras på grund utav pandemin.

IT/MT

Länsteknik har arbetat med utredning av händelserapporter om störningar av IT/MT system. Detta har resulterat i ett flertal genomförda åtgärder som har förbättrat säkerhet och tillgänglighet av infrastrukturen. Detta arbete riskeras av efterföljande resursbrist på grund av omställningen när det gäller det förebyggande arbetet.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Utmaningar

Utvecklingen mot en säker vård sker stegvis. För att ta nästa steg måste utvecklingen bygga på det goda arbete som bedrivs samtidigt som hänsyn måste tas till de utmaningar och förändringar som vården står inför.

- Den snabba medicinska och tekniska utvecklingen med nya behandlingsmetoder och ny medicinsk teknik, ökad digitalisering och e-hälsa innebär att nya risker måste identifieras och hanteras.
- Att framåt på ett naturligt sätt integrera det systematiska patientsäkerhetsarbetet i Nära-Vårdarbetet.
- Ekonomiska förutsättningar och avvägningar mellan olika mål och olika typer av vårdinsatser och patientgrupper.
- Tillgång till personal och adekvat kompetens.
- Involvera patienter och närstående i patientsäkerhetsarbetet.
- Utvecklingen av nya metoder och verktyg inom patientsäkerhetsområdet, ställer ökade krav på kompetens, kunskap och utbildning inom patientsäkerhetsområdet på alla nivåer. Framst finns behov av förbättrade uppföljningssystem för att på ett överskådligt sätt kunna visualisera resultat och trender inom både området patientsäkerhet och vårdkvalitet.
- På olika organisatoriska nivåer ha kompetens och resurser för analysarbete som kan stödja verksamheten i att ta ut resultat för att kunna arbeta med förbättringsarbeten.
- Pågående omorganisation i kombination med pandemin är en utmaning för det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Tidigare befintliga nätverk och funktioner har upplösts och ersatts av nya. Många medarbetare är nya på sina uppdrag, och det kommer krävas tid och engagemang att åter bygga upp rätt nivå av kunskap och kompetens inom patientsäkerhetsområdet.
- Att i befintlig organisation kunna hitta arbetssätt och en hållbar struktur för att uppfylla de krav som finns på utredningar av allvarliga händelser/tillbud samt förkorta handläggningstiderna. Detta för att framåt öka både effektivitet och kvalitet vid utredningar av allvarliga händelser.

- Det riskförebyggande arbetet måste stärkas och gå mot en hög riskmedvetenhet där risker följs upp, analyseras och struktur finns för att snabbt agera på risker. Bättre uppföljning krävs för att få överblick över aktuella risker och för att sprida lärandet.
- Det finns stor förbättringspotential gällande verksamheternas arbete med årlig egenkontroll av vårdhygienisk standard och egenkontroll av det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Mål och strategier 2022

Styrmått	Ingångsvärde 2021	Mål 2023
Andel vårdskador ska minska	6,7 %	Under 5 %
Vårdrelaterade fallskador och höftfrakturer hos äldre	306 (Kv 119 , M 166, i 21 fallhändelser är kön inte angivet)	Minska med 50 % jmf med föregående år
Andel utskrivna patienter i målgruppen 75 år och äldre med mer än 5 läkemedel, som fått en läkemedelsberättelse	75 %	100 %

Mål handlingsplan för patientsäkerhet

Område	Mål
Vårdrelaterade infektioner	Minska mot målet < 4 %. Delmål 2022 minska med minst 5 procent
Följsamheten till basala hygien- och klädföreskrifter (BHK)	100 procent. Delmål 2022 öka följsamhet med i genomsnitt 10 procent
Andel trycksår hos inlagda patienter	Andelen trycksår ska under 2022 minska med minst 5 % (från 21,5% till högst 16,5%)
Andelen sjukhusförvärvade trycksår	Minska med 5 % (från 15,7% till högst 10 %)
Vårdpreventivt arbete (fall, trycksår, blåsöverfyllnad, munhälsa och undernäring)	Andelen riskbedömningar av personer med risk ska öka med 20 procent. Minst två förebyggande åtgärder till patienter med risk för trycksår ska vara insatta.

Planerade aktiviteter 2022

- Höja kunskap och kompetens inom patientsäkerhetsområdet genom att implementera Socialstyrelsens nationella utbildning webb-utbildning ”[Säker vård](#)” på chefs- och ledarnivå samt fortsätta införandet i kliniskt basår.
- Följa upp och stötta arbetet med att öka följsamheten till basala hygien- och klädföreskrifter och höja andelen mätande enheter.
- Börja implementera [analysverktyget för patientsäkerhet](#). Ett analysverktyg för att implementera den nationella handlingsplanen och för att identifiera och kunna prioritera insatser

- Upprätta handlingsplan för patientsäkerhetsarbetet och återuppta implementeringen av regionens Patientsäkerhetsplan (2020) som bygger på ”Socialstyrelsens handlingsplan för patientsäkerhet (2020).
- Genomföra säkerhetskulturmätning i samverkan med HR;s medarbetarundersökning.
- Öka patient- och närstående- medverkan i patientsäkerhetsarbetet med fokus på händelseanalyser.
- Verka för att utveckla metoder och verktyg i patientsäkerhetsarbetet med fokus på förbättrade uppföljningssystem för att på ett överskådligt sätt kunna visualisera resultat och trender inom både området patientsäkerhet och vårdkvalitet.
- Förbättra egenkontroll av hygienisk standard och egenkontroll av det systematiska patientsäkerhetsarbetet.
- Fortsatt arbete med att utveckla ledningssystemet för systematiskt patientsäkerhetsarbete samt följa upp och förbättra patientsäkerhetsprocesserna med fokus på att minska handläggningstider för lex Maria ärenden och höja kvaliteten på utredningar, avvikelser och klagomålsärenden.

Bilagor

Bilaga 1. Regionens Strålskyddsbokslut 2021

Divisionernas patientsäkerhetsberättelser

[Division Funktion](#)

[Division Länssjukvård 1](#)

[Division Länssjukvård 2](#)

[Division Nära Folktandvård](#)

[Division Nära Primärvård](#)

Division Psykiatri

[Division Regionstöd](#)

Referenser

[Region Norrbottens Patientsäkerhetsplan, \(2020\).](#)

[Socialstyrelsens handlingsplan ”Agera för säker vård”, \(2020\).](#)